Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

L. Bayer (Brüssel), **R. Botey** (Barcelona), **A. T. Brady** (Sydney), **A. Bronner** (Bradford), **H. Burger** (Amsterdam), **A. Cartaz** (Paris), **O. Chiari** (Wien), **J. Donelan** (London), **G. Finder** (Berlin), **P. Hellat** (St. Petersburg), **G. Jonquière** (Bern), **J. Katzenstein** (Berlin), **F. Klemperer** (Berlin), **A. Kuttner** (Berlin), **G. M. Lefferts** (New York), **P. M'Bride** (Edinburgh), **Emil Mayer** (New York), **E. Meyer** (Berlin), **E. J. Moure** (Bordeaux), **E. . . Navratil** (Budapest), **W. Okada** (Tokio), **P. Raugé** (Challes), **A. Rosenberg** (Berlin), **Ph. Schech** (München), **E. Schmiegelow** (Kopenhagen), **O. Seifert** (Würzburg), **R. Semon** (München), **G. Sentiñon** (Barcelona), **A. v. Sokolowski** (Warschau), **Logan Turner** (Edinburgh), **E. Waggett** (London), **C. Zarniko** (Hamburg)

herausgegeben

von

SIR FELIX SEMON

London.

Siebzehnter Jahrgang.

(Januar—December 1901.)

Berlin, 1901.

Verlag von August Hirschwald.

NW. Unter den Linden 68.

Inhalt.

I. Leitartikel.

II. Referate.

III. Kritiken und Besprechungen.

a) Lehrbücher:

b) Monographien und grössere Aufsätze:

IV. Congress- und Gesellschaftsberichte.

V. Nekrologe.

VI. Briefkasten.

Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XVII. Berlin, Januar. 1901. No. 1.

I. Die laryngo-rhinologische Literatur des Jahres 1899.

Länder:	Allgemeines.	Nase u. Nasenrachenraum.	Mundrachenhöhle.	Diphtheritis und Croup.	Kehlkopf und Luftröhre.	Schilddrüse.	Oesophagus.	Zusammen.
Nordamerika	109	338	156	176	147	45	29	1000
Frankreich	24	93	101	27	63	21	18	347
Deutschland	46	85	59	15	75	9	8	297
Grossbritannien und Colonien	20	69	35	21	78	6	9	238
Oesterreich-Ungarn	27	31	28	7	27	5	6	131
Belgien und Holland	7	20	27	5	32	3	3	97
Italien	7	34	13	4	26	—	1	85
Russland	3	14	7	26	11	5	1	67
Spanien	1	11	5	—	10	1	1	29
Skandinavische Königreiche	1	8	2	1	13	2	2	29
Schweiz	—	3	1	8	2	6	1	21
Polen	1	2	2	5	7	—	—	17
Japan	1	1	1	2	1	1	—	7
Zusammen	247	709	437	297	492	104	79	2365

Der erhebliche Rückgang der laryngo-rhinologischen Literatur, den unsere Statistik des Jahres 1898 verzeichnete, ist im Jahre 1899 mehr als ausgeglichen. Von 1592 im Jahre 1898 referirten Arbeiten hat sich die Zahl im folgenden Jahre auf 2365 gehoben, seit 1891 die bedeutendste über die wir zu berichten gehabt haben. Offenbar hat es sich im Jahre 1898 um einmalige Zufälligkeiten gehandelt.

Ganz besonders auffallend sind die enormen Schwankungen in der Zahl der amerikanischen Arbeiten: 1897 hatten wir von 600, 1898 von 304, 1899 haben

wir von 1000 Arbeiten zu berichten! — In den übrigen Ländern scheint die Production im Ganzen stationär geblieben zu sein: kleinere Schwankungen sind naturgemäss von Jahr zu Jahr zu erwarten. — Sehr erfreulich ist es, dass die italienischen Arbeiten nach längerer Zeit wieder den gebührenden Platz in unserer Statistik einnehmen.

An der Zunahme der literarischen Thätigkeit sind von unseren Unterabtheilungen besonders die Rubriken: „Allgemeines", „Nase und Nasenraum", „Mundrachenhöhle", „Diphtheritis und Croup" betheiligt, während „Kehlkopf", „Schilddrüse" und „Oesophagus" ziemlich stationär geblieben sind.

An die Herren Mitarbeiter ergeht die dringende Bitte, den anatomischen und physiologischen, in unser Gebiet einschlagenden Arbeiten ihre referirende Thätigkeit in ausgedehnterem Maasse als bisher zu Gute kommen zu lassen. Verfasser solcher Arbeiten, die leider oft an wenig zugänglichen Stellen veröffentlicht werden, ersuchen wir ebenso dringend, den betreffenden Referenten Separatabdrücke zuzusenden.

II. Referate.

a. Allgemeines, Parotis, Instrumente etc.

1) **Sendziak. Die Bedeutung der Laryngologie, Rhinologie und Otiatrie. (Znaczenie laryngologii, rynologii i otiatrii.)** *Dziennik Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Krakowie Str. 217.*

Allgemeine Betrachtungen über obiges Thema. Zum Schlusse betont Verf. die Nothwendigkeit der Errichtungen von Lehrkanzeln der betreffenden Specialitäten an den medicinischen Heilanstalten.

A. v. SOKOLOWSKI.

2) **J. Sendziak. Die krankhaften Veränderungen in Kehlkopf, Nase, Rachen und Ohr bei den acuten Infectionskrankheiten. (Zaburzenia noso-gardlano-krtaniowo-nozne przy ostrych chorebach zakarnych.)** *Nowiny lekarskie. No. 13, 15, 16. 1900.*

Die Arbeit, welche auch als Vortrag in der Warschauer medic. Gesellschaft vom Verf. vorgetragen wurde, ist bereits S. 471 No. 10 1900 des Centralblattes referirt.

A. v. SOKOLOWSKI.

3) **Steller. Erfahrungen im Gebiete der Ohren-, Nasen-, Hals- und Mundkrankheiten.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 3, 4. 1900.*

St. brennt bei Rhinitis hypertroph. mit der Nadel einen oder mehrere Canäle zwischen Schleimhaut und Knochen und verwirft die Flächencauterisation. St. beobachtete ferner Erschwerung der Nasenathmung bei Hypertrophie der mitt-

leren Muschel. Bei Empyem der Kieferhöhle hält St. die breite Eröffnung von der Fossa can. aus für die beste Methode. Eine Ranula wurde in toto vom Munde aus exstirpirt. Interessant war ein Fall von Lymphomexstirpation, ferner zwei Fälle von Glossitis papillaris im Bereiche der Pap. circumvall., ein Fall von Stimmbandfibrom und einer von Entzündungsknoten am Stimmband.

SCHECH.

4) **Paul Claisse. Prophylaxe der Parotitis. (Prophylaxie des parotidites.)** *Société médicale des Hôpitaux. 22. December 1899.*

C. bringt 2 Fälle von eitriger Parotitis, die im Anschluss an intensive Stomatitis entstanden waren.

In beiden Fällen war das pathogene Agens des Staphylococcus aureus.

Er schliesst daraus, dass man zur Vermeidung dieser Complication die Antisepsis der Mundhöhle überwachen und die Speichelsecretion durch Injection von künstlichem Serum anregen soll.

PAUL RAUGÉ.

5) **Trautmann. Ueber einen Fall von Jodkaliumparotitis.** *Münchener medicin. Wochenschr. No. 4. 1900.*

Ausser einigen Mittheilungen französischer Autoren ist über Parotitis bei Jodgebrauch nichts bekannt. Tr. theilt einen solchen Fall mit, bei dem die rechte Parotisgegend kleinfaustgross geschwellt, die Haut blau bis viotett verfärbt und stark gespannt, die Wangenschleimhaut hochroth gefärbt war. Keine Abscedirung, Rückgang der Erscheinungen nach Aussetzen des Medicaments.

SCHECH.

6) **André Petit. Parotitis saturnina. (Parotidite saturnine.)** *Société médicale des Hôpitaux. 8. December 1899.*

Es handelt sich um einen Kranken, Anstreicher, der zu verschiedenon Malen Zufälle von Bleivergiftung durchgemacht hatte: Koliken, Radialislähmung.

Kürzlich hatte der Kranke gleichzeitig mit einem neuen Anfall von Bleikolik eine schmerzhafte Anschwellung der beiden Parotiden aufzuweisen, ohne Fieber, ohne Albuminurie.

Diese Thatsachen sind bekannt, aber ihre Pathogenie ist strittig.

Man hat sie angesprochen als aufsteigende Infection von der Wangenschleimhaut aus.

Aber diese Erklärung ist hier unmöglich, da der Mund und der Stenon'sche Canal gesund war.

PAUL RAUGÉ.

7) **A. A. Hymans van den Bergh** (Rotterdam). **Ein Fall von symmetrischer Affection der Ohrspeicheldrüsen (Mikulicz). (Een geval van symmetrische aandoening der oorspeekselklieren.)** *Ned. Tijdschrift v. Geneesk. II. S. 388. 1900.*

Typischer Fall der von Mikulicz (Billroth-Festschrift) zuerst beschriebenen chronischen, schmerzlosen, doppelseitigen, gutartigen Schwellung beider Parotiden. Der Fall betraf eine gesunde, 59jährige Dame und ging mit bedeutender Conjunctivitis einher. Jodkalium, Thyroid und andere Mittel blieben erfolglos. Später allmälige spontane Heilung. Nach 7 Monaten waren die Sym-

ptome bis auf die Conjunctivitis verschwunden. Ein ätiologisches Moment war nicht zu eruiren.

H. BURGER.

8) **Kirchgaesser** (Bonn). **Fehldiagnose eines Aortenaneurysmas in Folge der Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen.** *Münch. med. Woch. No. 19. 1900.*

Ein im Leben deutlich constatirter pulsirender Mediastinaltumor entpuppte sich bei der Section als eine feste flächenhafte Verwachsung der Aorta und Speiseröhre in Folge eines Carcinomes der Cardia; die Pulsation rührte von der erweiterten mit Flüssigkeit gefüllten Speiseröhre her.

SCHECH.

9) **Ewald** (Wien). **Tod unter vasomotorischen Störungen nach Resection beider Venae jugulares internae.** *Wiener klin. Rundschau. No. 34. 1900.*

Die Obduction ergab, dass im venösen Gebiete innerhalb des Schädels keine Stauung vorhanden war, wohl aber ein ungewöhnlich starkes Hirnödem, welches E. nur auf vasomotorische Störungen zurückführen kann. Die Vertheilung des Blutes im Körper war eine auffallend ungleiche.

CHIARI.

10) **Ziem. Zur Aetiologie der malignen Tumoren.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 3. 1900.*

Nach Besprechung der bisherigen Ansichten über die Entstehung maligner Tumoren durch Heredit判, Trauma, Alkohol, Tabak, Eiterungen spricht Z. die Vermuthung aus, ob nicht zur Entstehung eines malignen Tumors ein mehr oder weniger activ einwirkendes infectiöses Moment, wie z. B. ein eitriger Catarrh der Schleimhäute oder des Ohres, der Nase und ihrer Nebenhöhlen nothwendig ist. Auch Syphilis und Erysipel können den Anstoss zur Entwickelung eines malignen Tumors geben, ebenso typhoide Erkrankungen und Malaria oder schlechtes Trinkwasser. Immerhin scheint das Vorhandensein einer chronischen Eiterung zur Entstehung einer malignen Neubildung nicht zu genügen, zumal bei der Häufigkeit chronischer Ohreiterungen der Ohrkrebs viel häufiger sein müsste, ss muss daher wohl noch eine besondere örtliche Disposition der einzelnen Gewebe zu Tumorbildung angenommen werden. Das Nähere ist im Original zu lesen.

SCHECH.

11) **Schneider. Galvanokaustischer Universalgriff mit bei der Verwendung als Schlingenschnürer sich selbstthätig einschaltendem Rheostat, durch Glühhitze sterilisirbare Brenner; Polnadeln, Schlingenführer etc.** *Münchener medicin. Wochenschr. No. 15. 1900.*

Demonstration obiger Instrumente auf der Versammlung westdeutscher Hals- und Ohrenärzte.

SCHECH.

12) **Zarniko. Ein sauberer Stirnspiegel.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 4. 1900.*

Ist im Original zu lesen; den Spiegel liefert A. Krauth, Gänsemarkt 58, Hamburg, für 20 Mark.

SCHECH.

b. Nase und Nasenrachenraum.

13) **Réthi** (Wien). **Experimentelle Untersuchungen über die Luftströmung in der normalen Nase, sowie bei pathologischen Veränderungen derselben und des Nasen-Rachenraumes.** Vortrag, gehalten in der k. k. Gesellsch. d. Aerzte in Wien, 18. Mai 1900. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 21. 1900.*

Die Resultate der äusserst sorgfältigen Untersuchungen sind folgende: In der normalen Nase dringt die Luft bei Inspiration und Exspiration hauptsächlich durch den mittleren Nasengang. In den Nebenhöhlen ist die Luftströmung nicht nur von der Stärke und dem Wechsel der Strömung, sondern insbesondere auch von der Grösse der Oeffnung, der Art der Einmündung und der Configuration der nächsten Umgebung abhängig. Bei Vorhandensein von pathologischen Veränderungen in der Nase ergaben die Experimente, dass der Luftstrom dann wohl entsprechend abgelenkt wird, doch immer die Tendenz hat, die normale Richtung beizubehalten. Die untere Muschel betreffende Veränderungen haben also diesbezüglich keinen nennenswerthen Einfluss.

CHIARI.

14) **H. Zwaardemaker** (Utrecht). **Aerodynamica der Luftwege. (Aërodynamica der luchtwegen.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. S. 65. 1900.*

Ausführliche, zu einem Referat nicht geeignete Beschreibung einer neuen, von Z. sowohl auf Versuchsthiere, wie auf menschliche Leichenorgane angewendeten Methode zur Messung der Durchgängigkeit der Luftwege. Derselben liegt das Princip der Wheatstone'schen Brücke, des Widerstände-Viereckes zu Grunde. Auch beim lebenden Menschen lässt sich auf diese Weise die Beziehung der Durchgängigkeit beider Nasenhälften oder derjenigen von Mund und Nase bestimmen.

Auch unsere Luftwege an und für sich stellen ein Brückensystem dar und es dürften mancherlei Erscheinungen, namentlich die Scoliosen in Folge von einseitiger Nasenverengerung, auf diesem Wege zu erklären sein.

H. BURGER.

15) **Paul Viollet. Untersuchungen über die in der Nase befindlichen Abwehreinrichtungen des Organismus gegen die Infection der Luftwege. (Recherches sur les moyens de défense de l'organisme contre l'infection respiratoire au niveau des fosses nasales.)** *Thèse de Paris. 1899.*

Die Untersuchungen von Lermoyez, Würz, Piaget, Thomson, Henlet über die baktericide Rolle des Nasenschleimes sind bekannt.

V. versucht die Behauptungen dieser Autoren zu bestätigen. Er kommt zu dem Schluss, dass der Nasenschleim nach Befreiung von seinen Formelementen (Leukocyten) in nicht höherem Maasse baktericide wirkt, als das Blutserum.

Die baktericide Eigenschaft verdankt er der Anwesenheit der Leukocyten, die mittelst ihrer amöboiden Bewegungen die in die Nase eindringenden organischen und anorganischen Elemente aufnehmen.

PAUL RAUGÉ.

16) **Pottgiesser** (Dortmund). **Acht Fälle von Rhinophym.** Dissertat. Würzburg. 1899.

Die Resultate der operativen Behandlung der 8 Fälle von Rhinophym aus der Abtheilung von Fabry sind als ausserordentlich günstige zu bezeichnen.

SEIFERT.

17) **Berger** (Paris). **Wiederherstellung der Nase auf einem Metallgerüst, das von 2 Lappen eingeschlossen wird. (Restauration du nez sur une charpente métallique comprise entre deux plans de lambeaux.)** *Académie de Médecine. 27. Februar 1900.*

Vorstellung des Patienten, dessen Nase vollständig zerstört war und nur noch aus einem klaffenden Loch bestand.

Zwei seitliche dreieckige Lappen wurden auf den Naseneingang zurückgeklappt, die blutige Fläche nach vorne, und in der Medianlinie die Naht gelegt. Auf der vorderen Seite dieser tiefen Fläche applicirte B. einen Stirnlappen mit der blutigen Fläche. Zwischen die beiden Lappen fügt er eine Stütze von Platin ein. Die Heilung erfolgte per primam und die Prothese wurde gut ertragen.

PAUL RAUGÉ.

18) **v. Hacker** (Innsbruck). **Ein neues Verfahren der partiellen Rhinoplastik.** Demonstrat. in der wissenschaftl. Aerztegesellschaft in Innsbruck, Sitzung vom 20. Januar 1900. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 30. 1900.*

Infolge Verbrennung im Gesichte war ein Defect der Nase und Ektropien der beiden Nasenflügel entstanden. Die hoch hinaufgezogenen Nasenflügel wurden beiderseits so abgetrennt, dass sie nur mehr eine Brücke an der Wange hatten, und an das angefrischte Septum herabgenäht. Beiderseits entstand dadurch über diesen Flügeln ein dreieckiger, in die Nasenhöhle penetrirender Defect. Die Deckung desselben geschah durch einen in der Richtung der Nasolabialfalte ausgeschnittenen Wangenlappen, der mit der Hautseite nach innen gelegt wurde und dessen Wundseite von selbst vernarbte.

CHIARI.

19) **Alb. Hoffa. Ein Beitrag zu den Operationen an der Nase.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. X. H. 3. p. 403. 1900.*

Bericht über 5 Fälle. Die ersten 3 sind Operationen zu kosmetischen Zwecken. Fall 4 ist eine Sattelnase, bei der H. ein Stück aus der Tibia in den Nasendefect transplantirt hat. In Fall 5 wurde wegen einer von der Nase ausgelösten Ciliarneurose die Nase gespalten und ein grosses Stück des mit der unteren Muschel verwachsenen Septums excidirt. Von den ersten 4 Fällen veranschaulichen Abbildungen das Aussehen der Nase vor und nach der Operation.

F. KLEMPERER.

20) **Ziem. Ueber Beziehungen von Nasenkrankheiten zu Knochen- und Gelenkkrankheiten.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 5. 1900.*

Schilderung einer etwas complicirten und nicht ganz reinen Selbstbeobachtung auf traumatischer Grundlage, die nur im Original gelesen werden kann.

SCHECH.

21) **Redact. Notiz. Nebennierenextract bei Heufieber. (Supra-renal extract in hay fever.)** *Medical Record. 13. Januar 1900.*

Ein vorzügliches Mittel ist jetzt in der wässrigen Lösung des Nebennieren-extracts gefunden, welches eine Contraction der Blutgefässe und Rückgang der Schwellung der Nasenschleimhaut verursacht, die stundenlang nach der Application andauert. Das Extract ist frei von toxischen Eigenschaften und hat, so weit bekannt, keine schädlichen Nebenwirkungen. Möglicherweise haben wir in dieser Substanz ein Heilmittel für das Heufieber, das allen bisherigen überlegen ist.

EMIL MAYER.

22) **Beamann Douglas. Die Behandlung des Heufiebers mit dem Nebennieren-extract. (The treatment of hay fever with the suprarenal extract.)** *N. Y. Med. Record. 17. März 1900. Medical News. 24. März 1900.*

D. ist enthusiasmirt von der Wirkung dieses Extractes beim Heufieber, das er geradezu für ein Specificum bei diesem Leiden anspricht. Unter der dauernden Anwendung dieses Mittels wird der Patient in einem verhältnissmässigen Wohlbefinden selbst während der Anfälle sein. Die behandelten Fälle hatten ebenso von der localen als der internen Anwendung des Mittels Nutzen. Einige Personen bekamen beim Einnehmen desselben Schwindel und nervöse Erregung und beobachteten eine vermehrte Herzthätigkeit. Die besten Resultate wurden natürlich in einfachen Fällen erreicht, in welchen die Symptome nasaler und laryngealer Entzündung vorlagen mit Conjunctivalbeschwerden. In den Fällen, in welchen später Asthma als Complication hinzukam, wurde die Neigung zum asthmatischen Anfalle durch den Gebrauch von Nebennierenextract sicher verringert oder gänzlich aufgehoben. In nasalen Fällen, die von weniger erheblicher Congestion begleitet waren, war der beobachtete Erfolg geringer. Fälle, die mit gichtischer oder rheumatischer Diathese zusammenhingen, schienen günstig beeinflusst; dagegen in Fällen, in denen die Elasticität des Gefässsystems durch Atherom oder interstitielle Nephritis verringert war, hatte das Extract wenig oder gar keinen Erfolg. Verf. empfiehlt eine Combination von lokaler und interner Behandlung. Die Localbehandlung wurde am zweckmässigsten durch Besprayen der Partien mit frischbereiteter wässriger Lösung des Extractes ausgeführt. Innerlich soll es gegeben werden in Dosen von 0,3 anfangs zweistündlich; später sollen die Zwischenpausen allmälig verlängert werden. Das Mittel soll die ganze Heufiebersaison hindurch genommen werden. Kein anderes Mittel ist nach Verf. allein so werthvoll, als das Nebennierenextract.

LEFFERTS.

23) **Lehmann** (Würzburg). **Zur Therapie des Heuschnupfens.** *Physik.-medic. Gesellsch. z. Würzburg. 15. Juni 1900.*

L. demonstrirt einen kleinen 100 ccm Masse fassenden Sprayapparat aus Gummi und Glas, der nach seinen Angaben vom Optiker Wiegand (Würzburg) construirt ist. Der Apparat hat L., der seit 15 Jahren an Heuschnupfen leidet, gute Dienste gethan, wenn er, sobald Jucken oder Niesreiz den Anfall verkündigte, das Innere der Nase 1—2 Minuten besprayte und somit die Nase reinigte und die Hyperämie der Schleimhaut bekämpfte. Der Apparat wird durch ein Gummigebläse oder durch Anblasen mit dem Munde in Function gesetzt.

SEIFERT.

24) **Gellé. Asthma nasalen Ursprungs. (Asthme d'origine nasale.)** *Société de Biologie. 8. December 1899.*

G. hatte einen Kranken in Beobachtung, dessen linkes Nasenloch undurchgängig war und der an heftigen nächtlichen asthmatischen Anfällen litt, wenn er auf der rechten Seite lag. Der Kranke war geheilt, als die Durchgängigkeit des Nasenganges wieder hergestellt war.

Wie ist diese Thatsache zu erklären? Mit Hülfe einer Art von Wassermanometer, das in eine gabelförmige Röhre endigte, zeigt G., dass die eingeathmete Luftsäule viel geringer ist auf der Seite, auf der man liegt. Also kam bei dem fraglichen Kranken die Verstopfung der linken Nase zu der Beengung durch die rechte Seitenlage hinzu: daher das Phänomen der Dyspnoe.

PAUL RAUGÉ.

25) **M. E. Gellé. Nächtliche Asthmaanfälle durch halbseitige Nasenstenose. Experimentelle Untersuchungen über nasale Athmung und Phonation. (Accès d'asthme nocturnes par hémi-sténose nasale. Expériences sur la respiration et la phonation nasales.)** *Annales des malad. de l'oreille. No. 2. Februar 1900.*

Anlässlich eines Falles, in dem nächtliche Erstickungsanfälle bei Stenose der linken Nasenseite bestanden hatten, die nach Herstellung der Durchgängigkeit der Nase verschwunden waren, hat Verf. eine Reihe von Untersuchungen über die nasale Athmung im Stehen und im Liegen angestellt.

E. J. MOURE.

26) **Francis W. Blake. Nasenathmung. (Nasal respiration.)** *Columbus Med. Journal. Februar 1900.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

27) **Barth** (Brieg). **Ueber die nachtheilige Beeinflussung des Schwimmunterrichts durch die Verengerung der obersten Luftwege.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 35. 1900.*

Auch sonst körperlich gut beanlagten kräftigen Menschen wird der Schwimmunterricht zur Qual, wenn sie nicht frei durch die Nase athmen können. Bei offenem Munde schlucken oder aspiriren sie Wasser; bei geschlossenem tritt CO_2-stauung und baldige Erschöpfung ein. — Nach Wegsammachung der Nase verschwinden die Beschwerden sogleich.

Bei Schwimmschülern ist also dem Nasenluftweg die grösste Aufmerksamkeit zu schenken.

ZARNIKO.

28) **Suarez de Mendoza** (Paris). **Ueber die radicale Heilung der verstopften Nase. (Sur la cure radicale de l'obstruction nasale.)** *Congrès de chirurgie. 16.—21. October 1899.*

Die Methode besteht in Anwendung einer durch elektrischen Motor betriebenen Tubularsäge.

PAUL RAUGÉ.

29) **J. Morf. Ueber angeborenen Choanalverschluss.** *Fraenkel's Archiv für Laryngologie. Bd. X. S. 173. 1900.*

M. beschreibt ausführlich einen Fall von angeborener Choanalatresie; der

43jährige Patient zeigt Hochstand des Gaumens bei leptoprosoper Gesichtsbildung. M. veröffentlicht den Fall als eine Bestätigung der Siebenmann-Haag'schen Anschauung, nach der Hypsistaphylie und Leptorrhinie in der Regel mit Leptoprosopie verbunden sind und auf einer angeborenen Rasseneigenthümlichkeit des Schädels, nicht aber auf extrauteriner späterer Beeinflussung durch Nasenstenose beruhen.

F. KLEMPERER.

30) **Killian. Ueber einen Fall von acuter Perichondritis und Periostitis der Nasenscheidewand dentalen Ursprungs.** *Münchener med. Wochenschr. No. 5. 1900.*

Durch eine vereiternde Zahncyste bei einem jungen dreissigjährigen Manne verstopfte sich unter heftigem Fieber, Zahnschmerz und Stirnkopfweh die Nase, aus der nach 8 Tagen sehr viel übelriechender Eiter floss. Die Inspection ergab Vorbuchtung der Schleimhaut über dem ganzen Septum und Einschmelzung eines grossen Theiles des Knorpels. Auch fand sich ein $2^1/_2$ cm tiefer bis zum Nasenboden und Septum sich erstreckender Hohlraum, eine Zahnwurzelcyste.

SCHECH.

31) **W. Merry. Idiopathische Perforation des Nasenscheidewandknochens. (Idiopathic perforation of the bones of the nasal septum.)** *Lancet. 4. November 1899.*

40jährige Dame hatte eine Verdickung des Septums, das die linke untere Muschel berührte. Die letztere wurde cauterisirt. Einige Wochen später trat ein schwerer Schnupfen mit eitrigem Ausfluss aus beiden Nasenlöchern ein. Es wurde etwas Granulationsgewebe mit dem scharfen Löffel entfernt und dabei eine grosse Perforationsöffnung im Septum constatirt. Unter gewöhnlicher Behandlung heilte diese. Syphilis war anamnestisch nicht nachweisbar.

ADOLPH BRONNER.

32) **Olliviero Ciarella. Schleimhautpolypen des Nasenseptums. (Mucous polypi of the nasal septum.)** *N. Y. Medical Record. 31. Mai 1900.*

Verf. berichtet über einen Fall dieser seltenen Affection. Die linke Nasenhöhle war vollständig erfüllt von den Polypen. In der rechten Seite war ein oblonger Tumor von ungefähr Bohnengrösse, gestielt, auf dem Septum inserirend. Er wurde auf einmal entfernt vermittelst der Wilde'schen Schlinge, ohne Blutung. Die durch das Neoplasma verursachten Hauptsymptome waren Kopfschmerzen auf der rechten Seite und zuweilen theilweise, zuweilen totale Verstopfung der Nase.

LEFFERTS.

33) **E. Larne Vansant. Pathologische Veränderungen in der nicht verstopften Nasenseite bei Nasenscheidewandverbiegungen. (Pathologic changes occurring in the unobstructed nostril in cases of deviated septum.)** *Journal Americ. Med. Assoc. 7. April 1900.*

Die breite Seite macht in Fällen von starker Septumdeviation 3 Stadien durch. Das erste ist das der Hyperplasie der Gewebe infolge von Ueberfunction, also eine compensatorische Hypertrophie. Das zweite ist das der Atrophie infolge von entzündlichen Veränderungen, das dritte ist Atrophie mit septischer Infection der Nase und ihrer Nebenhöhlen.

Bei geringerer Septumverbiegung finden sich diese Veränderungen auch nur in geringem Grade vor, da ja beide Nasenseiten — wenn auch nicht in gleichem Grade — die Athemluft passiren lassen. In solchen Fällen kann eine geringe Muschelschwellung die einzige Veränderung sein, welche die weitere Nasenseite aufweist.

EMIL MAYER.

34) **M. Boulet. Deviationen der Nasenscheidewand. (Deviations de la cloison du nez.)** *L'Union Medicale du Canada. März 1900.*

Trauma und Entwicklungsstörungen sind die Hauptursachen der Deviationen. Verf. empfiehlt zur Behandlung die Methode von Escat, der kochendes Wasser unter die Schleimhaut der concaven Seite injicirt, diese ablöst und den Knorpel resecirt.

EMIL MAYER.

35) **Richmond Mc Kinney. Die Correction verbogener Septa. (The correction of deviated nasal septa.)** *Memphis Medical Monthly. Februar 1900.*

Ausführliche Beschreibung der Asch'schen Operation. Dieselbe ergab dem Verf. so ausserordentlich befriedigende Resultate, dass er sie jeder anderen Methode vorzieht. Er bedient sich der Mayer'schen Tuben.

EMIL MAYER.

36) **W. Hunsaker. Vereinfachte Asch'sche Operation bei Septumverbiegung. (Asch's operation for deviated septum simplified.)** *California Med. Journal. April 1900.*

H. empfiehlt Anwendung von Cocain und Nebennierenextract statt Aether. Statt der Hartgummischiene bedient er sich einer silbernen. Die Technik der Operation bleibt dieselbe.

EMIL MAYER.

37) **Krieg** (Stuttgart). **Ueber die Fensterresection des Septum narium zur Heilung der Skoliosis septi.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. X. Heft 2. S. 477. 1900.*

K. hat die Operation, die er 1886 zuerst publicirt hat, im ganzen 130 mal ausgeführt. Er berichtet eingehend über die Gesammtzahl seiner Fälle, über die vorgenommenen Operationen und ihre Erfolge.

Er polemisirt gegen V. Lange, der im Heymann'schen Lehrbuch seine Methode nicht genügend gewürdigt hat, und gegen Bönninghaus, der die Priorität dieser Operation, soweit es sich um die Resection des knöchernen Septums handelt, für sich in Anspruch genommen hat. In über der Hälfte seiner Fälle hat K. ausser dem Scheidewandknorpel auch Knochen entfernt.

F. KLEMPERER.

38) **Victor Lange** (Kopenhagen). **Antwort an Herrn Hofrath Dr. Krieg.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XI. H. 1. S. 167. 1900.*

Lange hat Krieg's Arbeiten, von denen die erste an sehr wenig zugänglicher Stelle publicirt ist, nur aus Referaten gekannt; er citirt die letzteren, um zu zeigen, dass er aus ihnen kein anderes Urtheil gewinnen konnte, als das von ihm gefällte.

F. KLEMPERER.

39) **G. Boenninghaus** (Breslau). **Zum Aufsatz Krieg's „die Fensterresection des Septum narium etc.“** *Ebenda. p. 163.*

B. constatirt, dass Krieg in der einen seiner 2 Arbeiten garnicht vom knöchernen Septum gesprochen hat, in der anderen nur undeutlich und nebenher. Gegenüber K.'s Darlegungen giebt er zu, dass dieser der erste war, der mit dem deviirten Knorpel auch den deviirten Knochen des Septums resecirte; er nimmt aber für sich in Anspruch, dass er der erste war, der dies grundsätzlich that.

F. KLEMPERER.

40) **G. Boenninghaus. Zur Resection der knorpligen und knöchernen Nasenscheidewand bei schweren Verbiegungen derselben.** *Fraenkel's Archiv für Laryngologie. Bd. XI. H. 2. S. 341. 1900.*

B. bespricht die verschiedenen Indicationen für die Krieg'sche Resection des Septums von der Kante aus, für die neben der bequemeren Flächenresection ein entschiedenes und häufiges Bedürfniss vorhanden ist.

Zur Technik der Operation spricht er sich dahin aus, dass es rathsam ist, die Schleimhaut der convexen Seite, soweit sie das resecirte Septumstück bedeckte, mit zu entfernen; das zu resecirende Stück des Septums soll so gross sein, dass man die mittlere Muschel und die hintere Rachenwand frei übersieht.

F. KLEMPERER.

41) **H. Kreilsheimer** (Stuttgart). **Ueber die Nachbehandlung blutig operirter Vorsprünge am Septum.** *Fraenkel's Arch. f. Laryngologie. Bd. XI. S. 339. 1900.*

K. empfiehlt an Stelle der für den Patienten sehr lästigen Tamponade die Verödung und Glättung der Wunde mit dem rothglühenden Galvanokauter, danach eine zeitlang Einpuderung von Xeroform.

Die elektrisch betriebene Säge macht weit weniger Schmerzen als die Operation mit Meissel und Hammer.

F. KLEMPERER.

c. Mundrachenhöhle.

42) **George G. van Schaick. Kleine Chirurgie. (Regional minor surgery.)** *International Journal of Surgery. Januar 1900.*

Der Artikel, der die Operation der Hasenscharte und der Gaumenspalte bespricht, ist von rein chirurgischem Interesse.

EMIL MAYER.

43) **L. Duncan Buckley. Schanker der Lippe bei einem 7monatlichen Kinde, wahrscheinlich durch eine Saugflasche acquirirt. (Chancre of lip in a child seven months old probably acquired through a feeding bottle.)** *Journal Amer. Med. Assoc. 3. März 1900.*

Der Titel giebt den Inhalt.

EMIL MAYER.

44) **Wolf** (Wien). **Ein Beitrag zur Extraction tief abgebrochener Wurzeln und Einiges über die Anatomie des Kiefers und der Zähne.** *Oesterr.-ung. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk. XV. Bd. No. 3.*

Von mehr zahnärztlichem Interesse.

CHIARI.

45) **William L. Baum. Syphilis durch zahnärztliche Instrumente. (Syphilis from dental instruments.)** *Journal Amer. Med. Assoc. 27. Januar 1900.*

Bericht über 6 Fälle; bei 5 kamen die syphilitischen Erscheinungen zum Ausbruch einige Wochen, nachdem die Patienten sich zahnärztlicher Behandlung unterzogen hatten. Im 6. Falle traten die Primärerscheinungen 8 Wochen nach Exstirpation der Mandeln ein; auch bei diesem Falle werden unreine Instrumente für die Infection verantwortlich gemacht. EMIL MAYER.

46) **Mlle Celse. Beitrag zum Studium des kindlichen Scorbut. (Contribution à l'étude du scorbut infantile.)** *Thèse de Lille. 1899.*

Klassische Beschreibung der Barlow'schen Krankheit, im Anschluss an einen vom Autor beobachteten Fall. PAUL RAUGÉ.

47) **Greve** (Magdeburg). **Die allgemeine Prophylaxe bei Mund- und Zahnkrankheiten.** *Zeitschr. f. prakt. Aerzte. 12. 1900.*

Das hauptsächlichste Mundpflegemittel ist das Mundwasser, für welches Greve eine Reihe von Vorschriften giebt, daran schliesst sich die Zahnbürste an, die Mundplätzchen, Zahnpulver und Zahnseifen. SEIFERT.

48) **Escat. Ein antiseptisches Gurgelwasser. (An antiseptic gargle.)** *N. Y. Medical Journal. 17. Februar 1900.*

E. empfiehlt: Rp. Salol 1,0
90 proc. Alkohol
Glycerini ana 50,0
Aqua dest. 350,0. LEFFERTS.

49) **G. Witol. Einiges über Mundspülungen. (Netschto o peloskanijach dlje rta.)** *Wratsch. No. 9 u. 10. 1900.*

W. fand, dass Formaldehyd zu Mundspülungen absolut untauglich ist. Ebensowenig können Sublimat- und Salicylsäure-Lösungen empfohlen werden.
P. HELLAT.

50) **P. Berger** (Paris). **Zahnhaltige Cyste der Oberkiefer. (Kyste dentifère du maxillaire supérieur.)** *Presse médicale. 13. December 1899.*

B. berichtet von einem $13^1/_2$jährigen Kinde, welches im Körper des Oberkiefers eine Cyste aufwies, die gleichzeitig nach der Wange, nach der Zahnreihe und der Gaumenwölbung zu vorsprang.

Der Tumor wurde mit breiter Incision der vorderen Wand behandelt. Er communicirte nicht mit dem Sinus maxillaris und enthielt einen überzähligen Zahn, der auf der unteren Fläche eingepflanzt war.

Es existirt keine klinische Unterscheidung zwischen den zahnhältigen oder folliculären Cysten und den odontopathischen (periostitischen, radiculären oder alveolo-dentalen) Kysten, welche man davon unterschieden hatte. PAUL RAUGÉ.

51) **Sick** (Hamburg). **Temporäre Resection des Oberkiefers nach Partsch (Breslau).** *Deutsche med. Wochenschr. Vereinsbeil. No. 11. 1900.*

Um „ausgedehnte, myxomatöse Degenerationen der Nasenschleimhaut, be-

sonders des Vomer" zu entfernen, machte S. bei einem 23jährigen Mädchen die von Partsch angegebene Oberkieferresection, die im wesentlichen in einer horizontalen Durchtrennung des gesammten Gesichtsschädels oberhalb der Zahnreihen besteht. — Wenn das erreichte Resultat auch sehr befriedigend war und von der Geschicklichkeit des Operateurs überzeugen musste, so kann Ref. doch die Meinung nicht unterdrücken, dass in derartigen Fällen, wo es sich um gutartige Neubildungen handelt (doch vermuthlich ödematöse Fibrome) auf endonasalem Wege ohne Schwierigkeit Abhülfe geschaffen ist und so der „immerhin schwere Eingriff" vermieden werden kann.

ZARNIKO.

52) **Marian. Das Gaumensegel als Geschmacksorgan. (Le voile du palais organe de gustation.)** *Société centrale de Médecine du département du Nord. 26. Januar 1900.*

M. hat eine Anzahl Versuche angestellt, die beweisen, dass das Gaumensegel eben so gut wie die Zunge, Geschmacksempfindung aufweist.

M. erinnert daran, dass der wahre Geschmacksnerv der Glosso-pharyngeus ist; dieser Nerv also schickt zu den Mandeln, zu dem Gaumensegel und dem Zäpfchen anastomosirende Fäden, welche mit den N. palatini an der sensitiven Innervation dieser Regionen theilnehmen.

PAUL RAUGÉ.

53) **Couvelaire u. Crozon. Ueber die Rolle des Gaumensegels während des Schlingaktes, der Athmung und der Phonation. (Du rôle du voile du palais pendant la déglutition, la respiration et la phonation.)** *Société de Biologie. 25. November 1899.*

Diese Untersuchungen wurden vorgenommen an einem Kranken, der einen grossen orbito-nasalen Defect chirurgischen Ursprungs hatte.

Es geht daraus hervor, dass der Verschluss des Pharynx vollständig ist während der Deglutition, des Saugactes, bei angestrengtem Pfeifen; er ist unvollständig beim Husten, veränderlich in der Phonation.

PAUL RAUGÉ.

54) **De Gorsse. Anomalie des Gaumensegels. (Anomalie du voile du palais.)** *Société anatomique. 19. Januar 1900.*

Es handelt sich um eine angeborene Missbildung, in welcher das Zäpfchen so zu sagen in der Oberfläche des Gaumensegels eingebettet war, als Vorsprung, nicht nach dem freien Rand, sondern auf der Fläche nach der Wange hin.

PAUL RAUGÉ.

55) **Louis Alkan** (Leipzig). **Gewisse Formen des harten Gaumens und ihre Entstehung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. X. H. 3. S. 441. 1900.*

Auf Grund zahlreicher sorgfältiger Messungen, die in den beigegebenen Tabellen übersichtlich zusammengestellt sind, stellt Verfasser folgende Schlusssätze auf:

1. Der harte Gaumen des Neugeborenen ist charakterisirt durch seine Kürze. Mit zunehmendem Alter nehmen Höhe und Breite nur langsam, die Länge verhältnissmässig schnell zu.

2. Bei Leuten, die mit adenoiden Vegetationen behaftet sind, finden wir

durchschnittlich eine hohen, langen und schmalen Gaumen, d. h. eine Form, die dem normalen Gaumen nicht entspricht.

3. Die Configuration des harten Gaumens steht in keinem Zusammenhange mit der Schädelform.

4. Anomalien der Zahnstellung kommen bei abnormen Kiefer- und Gaumenformen häufig vor und sind zum Theil als Folgezustände der letzteren aufzufassen.

F. KLEMPERER.

56) **W. Schwartz** (Rostock). **Angeborene Spalten in den Gaumenbögen.** *Zeitschrift f. Ohrenheilk. 32.*

3 Fälle dieser seltenen Anomalie nebst Literatur.

ZARNIKO.

57) **R. Frothingham. Trompetenmundstück über dem weichen Gaumen. (Trumpet-mouthpiece above loft palate.)** *N. Y. Med. News. 27. Januar 1900.*

F. berichtet von einem Fall, wo ein Kind das Porzellanmundstück einer Kindertrompete verschluckt hatte. Wenigstens war das Mundstück aus dem Mund des Kindes verschwunden und verursachte Erscheinungen erschwerter Athmung und Schluckens. Eine Anzahl von Aerzten wurde consultirt und eine Reihe verschiedener Bougieformen zur Auffindung des Fremdkörpers angewandt, aber ohne jeden Erfolg. Als das Kind in die Vanderbilt-Klinik gebracht wurde, fand man, dass sich das Mundstück oberhalb des weichen Gaumens in dem Nasenrachenraum befand. Von hier aus hatte es all die erwähnten Symptome hervorgerufen und war der Wahrnehmung völlig entgangen. Wahrscheinlich wurde es durch Husten in diese Stellung gebracht.

LEFFERTS.

58) **Georges Baudouin. Gaumenschanker. (Chancre du palais.)** *Société française de dermatologie et de syphiligraphie. 1. Februar 1900.*

Ein Kranker, der auf dem Gaumensegel eine grosse Erosion mit charakteristisch indurirtem Grunde trägt. Am Kieferwinkel befindet sich eine grosse Drüse.

Primäraffecte des Gaumens und des Segels gehören zu den grössten Seltenheiten unter den extragenitalen Schankern. Fournier hat nach seinen Statistiken nur zwei auf dem Gaumen, nur einen auf dem Gaumensegel beobachtet.

PAUL RAUGÉ.

59) **Cordes** (Berlin). **Ein Fall von Endothelioma myxomatodes palati mollis.** *Deutsche med. Wochenschr. 35. 1900.*

Ein halbhühnereigrosser Tumor, der sich bei einem 34jährigen Patienten, Luetiker, anscheinend ziemlich schnell an der linken Seite des weichen Gaumens gebildet hatte, erwies sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Endotheliom. Diese seltene gutartige Geschwulstart ist charakterisirt durch atypische Wucherung platter, endothelialer Zellen und starke Neigung der verschiedenartigen Elemente zu (colloider, hyaliner, schleimiger) Degeneration. Derartige Tumoren sind bis dahin am Gaumen erst vier beschrieben.

ZARNIKO.

60) **Avellis. Schleimhautpemphigus als Ursache der Verwachsung des weichen Gaumens und Heilung derselben mittelst besonderer Hartgummibougies.** *Münchener med. Wochenschr. No. 10. 1900.*

Dass Schleimhautpemphigus Verwachsungen erzeugen könne, war bisher nur

dreimal beobachtet worden; Avellis theilt nun einen vierten Fall mit, der deshalb interessant ist, weil es ihm gelang, die Verwachsung zu trennen und durch Hegar'sche Hartgummibougies die Wiederverengerung zu verhindern. Die Abbildung der Bougies und die Details siehe im Original.

SCHECH.

61) **v. Khautz** (Wien). **Zur Behandlung der Verwachsungen im Rachen.** Aus dem Ambulat. f. Hals- u. Nasenkranke des Docent. Réthi. — *Wiener medic. Presse. No. 26. 1900.*

In einem Falle von luetischer Verwachsung des weichen Gaumens mit der hinteren Rachenwand wurde diese Verwachsung mit dem Messer durchtrennt, sodann anfangs mit Gazetampons, später mit Drainröhren offen gehalten, doch konnte ein Erfolg erst erzielt werden mit dem von Porcher angegebenen Gaumenhaken. — Dieser zur Rhinoscopia posterior angegebene Haken hat den Vortheil, dass er leicht eingeführt und gereinigt werden kann, dass er ohne weitere Nachhülfe von selbst hält und ein geringes Gewicht hat, auch im Preise nicht zu theuer ist. —

CHIARI.

62) **Baurowicz** (Krakau). **Beitrag zur Frage über den Begriff „Geschwür der Schleimhaut". (Przyczynek do wyswienia klinicznego „wrzód bteny sluzosej".)** *Dziennikfjarda Lekarzy i Przyrodnikás Palskich s Krakowie Str. 157.*

Verf. beschreibt einen Fall von sehr hartnäckiger Exulceration der Uvula, der schmerzlos verlaufen ist, wo die Diagnose zwischen Lues, Tuberculose und Lupus schwankte. Schliesslich wurde die Uvula amputirt und die genaue mikroskopische Untersuchung derselben ergab nur Veränderung an der Epithelschicht der Schleimhaut. Verf. fragt, ob nicht in derartigen Fällen die Störungen auf einem neuropathischen Boden bestehen (Baumgarten). Denn von aphthösen Processen unterscheiden sich ähnliche Fälle dadurch, dass sie, wie der entsprechende Fall, sehr lange dauern, keine Schmerzen verursachen und mikroskopisch im Gegensatz zu den aphthösen Processen keinen Substanzverlust und keine Infiltration der tiefgelegenen Theile der Schleimhaut darbieten.

A. v. SOKOLOWSKI.

63) **Apert. Gespaltenes Zäpfchen. (Luette bifide.)** *Société anatomique. 2. März 1900.*

Fall von Spaltung des Zäpfchens durch die Mitte mit gleichzeitiger seitlicher Hasenscharte.

PAUL RAUGÉ.

d. Diphtheritis und Croup.

64) **Nicolas** et **Arloing** (Lyon). **Einfluss verschiedener Nährböden auf Wachsthum und Virulenz des Bacillus Löffler. (Influence de divers milieux nutritifs sur la végétabilité et la virulence du bacille de Löffler.)** *Société de Biologie. 23. December 1899.*

Die günstigsten Nährböden für das Wachsthum des Bacillus Löffler sind in aufsteigender Reihenfolge: gewöhnliche Bouillon, Bouillon-Massol, Bouillon, die

$^1/_{10}$ menschliches Serum enthält, endlich Bouillon, die $^1/_{10}$ normales Pferdeserum enthält.

In den wiederholten Aussaaten der Culturen während der Versuche nahm die Virulenz merklich zu.

PAUL RAUGÉ.

65) **A. Golowkow. Ueber die Nährböden für die bakteriologische Diagnostik der Diphtherie. (O pitatelnich sredach dlja bakteriologitscheskawo diagnosa difterii.)** *Wojenno-med. Journal. No. 7. 1899.*

G. hat eine Mischung von reinem Blute mit 2proc. Agar zu gleichen Theilen mit geringen Zusätzen von Pepton. Zucker und Salz hergestellt und für Diphtherieculturen sehr geeignet gefunden.

P. HELLAT.

66) **Raczynski** (Krakau). **Zur Diagnose der Diphtherie. (Wsprawie rozpoznawania błoniny.)** *Dziennik Zjarda Lekarzy i Przyrodników Polskich w Krakowie Str. 148.*

Verf. meint, dass nur eine genaue bakteriologische Untersuchung die Diagnose streng formuliren kann. Er beschreibt folgende Formen:

1. Morbus Loeffleri resp. Diphtheria stricte sic dicta.
2. Diphtheroide Anginen und zwar:
   a) Streptococcen-Angina,
   b) Staphylococcen-Angina,
   c) Pneumococcen-Angina,
   d) Bacterium coli-Angina,
   e) sogenannte Angina ulcerosa, analog mit der Stomatitis ulcerosa.

Diese Eintheilung ist, wie Verf. bemerkt, mehr eine theoretische, denn in der Praxis kommen meist gemischte Formen zu Stande. An die Arbeit, die vom Verf. in der pädiatrischen Section der polnischen Naturforscherversammlung in Krakau vorgetragen wurde, schloss sich eine lebhafte Discussion, in der sämmtliche Theilnehmer den Nutzen der Seruminjection befürworteten. Dr. Kramsztyk theilte dabei seine statistischen Ergebnisse bei der Diphtheriebehandlung aus dem israelitischen Kinderhospital in Warschau mit, wobei in den letzten Jahren die Sterblichkeit bei der Seruminjection nur 12pCt. betrug. Bei Larynxcroup mit Serum und nachfolgender Intubation betrug die Sterblichkeit 18pCt., mit nachfolgender Tracheotomie 15pCt.

A. v. SOKOLOWSKI.

67) **W. R. Smith. Diphtherie. (Diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 27. Jan. 1900.*

Verf. giebt die englische Statistik seit 1855 vom Beginn ihrer Aufstellung an. Die Mortalität in den letzten Jahren ist nicht so hoch als in der vorhergehenden Generation. Die Empfänglichkeit der Katze, besonders ihrer Lungen, ist durch Klein gefunden worden. Die Krankheit kann offenbar durch sie übertragen werden. Die schwerste Form ist die mit Streptokokken vergesellschaftete. Bei der Mehrzahl der Kranken scheinen die Bacillen zwei bis neun Wochen lang in dem Hals zurückzubleiben und bei einem Fall, in welchem Antitoxin angewendet worden war, wurden sie noch nach länger als 102 Tagen gefunden. Es ist nichts Ungewöhnliches, noch nach 100 Tagen Bacillen zu finden.

LEFFERTS.

68) **Swershewski. Der Einfluss der tetanischen und diphtheritischen Toxine auf den Stoffwechsel. (Wlijanie tetanitscheskawo i difteritscheskawo toxinow na obmen weschtschestw.)** *R. Archiv patolog. VI. Lief. 1899.*

S. fand eine Vermehrung der N-Ausscheidung bei kleinen und mittleren Dosen, eine Verminderung bei grossen Dosen; ebenso verhält es sich mit der Urinmenge.

P. HELLAT.

69) **Ino. Biernacki. Die wesentlichen toxischen Symptome der Diphtherie. (The essential toxic symptoms of diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 13. Januar 1900.*

B. zieht seine Folgerungen aus Beobachtungen von schweren Fällen, in welchen die toxischen Symptome sehr hochgradig waren, wie sie das letzte Beobachtungsmaterial ersichtlich liefern. Dabei achtete er besonders darauf, diejenigen Fälle auszuscheiden, in denen das directe toxische Moment durch secundäre Phänomene maskirt war. — Er sagt, dass für eine Zeit lang Halsschmerzen und Fieber die alleinigen Symptome sind; das erste specifische Zeichen ist auffällige Blässe, mässig weicher Puls und Abgeschlagenheit. In wenig Tagen wird die Blässe noch deutlicher, der Puls leichter unterdrückbar, und das Fieber geringer. Später wird der Puls unregelmässig, der Urin ist der Quantität nach vermindert, die Extremitäten sind kalt, die Temperatur subnormal und der Radialpuls verschwindet. Andere Symptome sind Jactation und Verdunklung des Blickes. Diese Symptome sind begleitet von einem Absinken des Blutdruckes und wahrscheinlich dadurch verursacht.

LEFFERTS.

70) **Ino. Biernacki. Der Verlauf des toxischen Processes in schweren Diphtheriefällen. (The continuity of the toxic process in fatal cases of diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 10. Februar 1900.*

B. theilt einige Resultate seiner Studien über die Blutdruckcurve in Diphtheriefällen mit. Er behauptet, dass die Schwere dieser Erkrankung zurückzuführen ist auf die verschiedenen Wirkungen des Toxins, welche ein Sinken des Blutdruckes und zugleich Veränderungen in Herz und Nieren verursachen.

LEFFERTS.

71) **A. Ucke. Ein Fall von Hautdiphtherie.** Separatabdr. aus *St. Petersburger med. Wochenschr. No. 9. 1900.*

U. secirte eine Pocken-Diphtherie-Leiche und schnitt sich dabei an der Volarfläche des Zeigefingers. Nach 24 Stunden liess sich ein Tropfen seröser Flüssigkeit aus der Wunde entfernen, in welcher charakterische Löfflerbacillen enthalten waren. Es bildete sich allmälig ein kleines Geschwür ohne Membran. Jodoform und Sublimatcompressen brachte die Wunde in einer Woche zur Heilung. Allgemeinbefinden war nicht gestört.

P. HELLAT.

72) **W. Potechin. Gleichzeitige Erkrankung an Morbilli und Diphtherie. (Sowmestneje sobolewanije korju i difteritom.)** *Detskaja Mediz. 2. 1899.*

An der gleichzeitigen Erkrankung sind hauptsächlich Krankenhäuser Schuld, seltener das Haus. Wenn die Lungen afficirt sind, so ist der Ausgang infaust.

Morbillen complicirt mit Diphtherie verlaufen schwerer. Wenn in der ersten Periode Diphtherie zu Masern hinzu kommt, so sterben auf sechs 5. P. HELLAT.

73) **Henry D. Fulton. Variirte Typen von Diphtherie und Scharlachfieber. (Variation of type in diphtheria and scarlet fever.)** *The medical Council. Februar 1900.*

Ein Studium dieser Variationen ist für den Arzt wichtig, damit er sich nicht zu sehr auf die Maassnahmen verlässt, welche nur für den einen oder anderen Typus indicirt sind. EMIL MAYER.

74) **W. Ewart** und **H. B. Roderick. Ausgedehntes Mediastinalemphysem in einem letalen Fall von Larynxdiphtherie. (Extensive mediastinal emphysema in a fatal case of laryngeal diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 13. Jan. 1900.*

Der Fall betraf ein 5 jähr. Mädchen; er zeigt, dass die obengenannte Complication in einem Falle von Diphtherie des Larynx und der Trachea vorkommen kann trotz Tracheotomie und Antitoxin. Der letale Ausgang des Falles war wahrscheinlich verursacht durch die Herz- und Lungencomplicationen, welche durch die Ausdehnung des Alveolargewebes und des vorderen und hinteren Mediastinums bedingt waren. LEFFERTS.

75) **Bernhard** (Leczyca). **Croup und Diphtherie in der jetzigen Wissenschaft. (Dlawice i btonica w swietle najnowszej nauki.)** *Dziennik Zjarda Lekarzy i Przyrodników Polskich w Krakowie Str. 148.*

Verf. glaubt, dass heutzutage eine vollständige Identification der beiden Processe noch unmöglich wäre, da der klinische Verlauf in beiden wesentliche Differenzen darbietet. Verf. meint auch, dass der allgemeine Ausdruck Kehlkopfcroup besser durch Larynxdiphtherie zu ersetzen wäre. A. SOKOLOWSKI.

76) **S. M. Worthington. Identität von Diphtherie und membranösem Croup (?). Protest eines Landarztes. (Identity of diphtheria and membraneous croup [?]. A country protest.)** *N. Y. Medical Record. 24. Februar 1900.*

„Es giebt, wie ich wohl weiss, eine Diphtherie des Larynx, die contagiöser Natur ist und sich selbst im Larynx und Pharynx, in der Nase und auf andere Stellen hin verbreitet. Aber es existirt auch noch eine andere Erkrankung des Larynx, welche wir Landärzte membranösen Croup nennen, die keinen specifischen Charakter trägt und deren Ursprung nahezu der gleiche ist wie derjenige der Pneumonie, die auch nicht ansteckender ist als die letztgenannte Krankheit.

Auf Grund meiner eigenen Beobachtungen stehe ich der Behandlung der Diphtherie mit einiger Hoffnung gegenüber, aber der Croup ist stets perniciös und ich bin ihm gegenüber am Krankenbett absolut hülflos. Ich bin daher genöthigt zu glauben, dass, wenn diese beiden Krankheiten identisch sind, hier „eine Identität mit einer Verschiedenheit“ vorliegt, denn beide sind nach Contagiosität und Bösartigkeit sicherlich verschieden.“ LEFFERTS.

77) **W. Nedrigalow. Experimente mit Einführung des Heilserums per os und per rectum. (Opiti s wedeniem pretiwodifterinei siwerotki per os et per rectum.)** *Bolnitsch. Gaz. No. 2. 1899.*

Die Versuche thaten dar, dass es weder per os noch per rectum gelingt, das Antitoxin zur Entfaltung seiner Heilwirkung zu bringen. P. HELLERT.

78) **J. Nicolas** u. **Arloing** (Lyon). **Versuch einer Immunisirung gegen den Löfflerbacillus durch Einführung von antidiphtheritischem Serum per os. (Essais d'immunisations contre le bacille de Loeffler par l'ingestion de sérum antidiphtérique.)** *Société de Biologie. 21. October 1899.*

N. u. A. haben ohne Erfolg versucht Meerschweinchen zu immunisiren durch Einführung von beträchtlichen Dosen (30 ccm) Antidiphtherieserum in den Magen. PAUL RAUGÉ.

79) **John S. Billings. Eine Befürwortung ausgedehnterer Anwendung des Antitoxins zu Immunisirungszwecken bei Diphtherie. (A plea for the more extended use of antitoxine for immunizing purposes in diphtheria.)** *N. Y. Med. Journal. 1. Februar 1900.*

Schlussfolgerungen: 1. Die Zunahme der Diphtherie in New-York City im Jahre 1899 ist wahrscheinlich zu einem Theil auf die Vernachlässigung einer sehr wichtigen prophylaktischen Maassnahme gegen die Krankheit, d. i. die Immunisirung durch Antitoxin zurückzuführen.

2. Die Immunisirung ist eines der mächtigsten Mittel zur Verhütung einer Ausbreitung der Diphtherie und zur Verringerung der Mortalität der Erkrankung.

3. Wahrscheinlich ist die bisher empfohlene Immunisirungsdosis von Antitoxin (150 Einheiten) in manchen Fällen ungenügend, und sollten wenigstens 300 Einheiten bei Kindern und 500 bei Erwachsenen angewandt werden. In Anbetracht der verbesserten Darstellungsmethode und der vermehrten Concentration des jetzt gebräuchlichen antitoxischen Serums sind üble Nebenwirkungen nicht zu erwarten. LEFFERTS.

80) **H. Kraus** (Prag). **Ueber die prophylaktische Immunisirung kranker Kinder gegen Diphtherie.** *Prager med. Wochenschr. No. 19 u. 20. 1900.*

Die Schlussfolgerung aus den nach genauen Untersuchungen gewonnenen Erfahrungen besagt, dass wir in der prophylaktischen Immunisirung mit Diphtherieantitoxin ein Mittel besitzen, um Gesunde und Kranke, die der Gefahr der Infection mit Diphtherie ausgesetzt sind, bei richtigem Verfahren (3wöchentliche Injection von ca. 300—500 A. E.) mit der grössten Wahrscheinlichkeit während der Zeit der Ansteckungsgefahr vor der Erkrankung zu schützen. CHIARI.

81) **Robert E. Coughlin. Die gegenwärtige Behandlung der Diphtherie. (The present day treatment of diphtheria.)** *New England Med. Monthly. Februar 1900.*

Antitoxin ist ein Specificum und sollte in jedem Fall so früh als möglich angewandt werden. Wenn es in laryngealen Fällen angewandt wird, wird Intu-

bation unnöthig. Das Serum soll von guter Qualität sein und die Dosis alle 24 Stunden wiederholt werden, bis Besserung eintritt; Stimulantien sind erforderlich.

EMIL MAYER.

82) **C. R. Sowder. Antitoxin bei Diphtherie. Ein Bericht über 7 Fälle. (Antitoxin in diphtheria; a report of seven cases.)** *Medical and Surgical Monitor. 15. Februar 1900.*

Alle unter der Anwendung von Antitoxin geheilt. Postdiphtherische Lähmung kam in zwei Fällen vor. In 4 Fällen, die frühzeitig behandelt wurden, traten keine Complicationen auf. In 10 Fällen, die zum Zweck der Immunisirung injicirt waren, kam die Erkrankung nicht zum Ausbruch. In keinem Fall wurden unerwünschte Nebenwirkungen der Injection beobachtet.

EMIL MAYER.

83) **A. Jefferis Turner. Die Behandlung der Diphtherie. (The treatment of diphtheria.)** *The Canada Lancet. Februar 1900.*

Was sind die Ursachen dafür, dass Einzelne nur Misserfolge mit einem Heilmittel aufzuweisen haben, von dem die Majorität einen grossen Erfolg gesehen hat? Einfach zu späte Anwendung, zu kleine Dosen, zu spärliche Injectionen. Verf. hat in einigen Fällen 12000 Einheiten gegeben ohne irgendwelchen Nachtheil.

EMIL MAYER.

84) **Jakubowski** (Krakau). **Ergebnisse der Serum-Therapie bei der Behandlung der Diphtherie an der Krakauer pädiatrischen Klinik. (Wyniki leczenia swwricy przeciwbtonnej.)** *Dziennik Zjardu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Krakowie Str. 148.*

Die Sterblichkeit der an Diphtherie Erkrankten betrug im Laufe von 15 Jahren in der Periode vor der Serumbehandlung 46 pCt., bei Larynxcroup 52 pCt. Im Laufe der 5 Jahre bei der Anwendung der Serumtherapie betrug die Sterblichkeit im ganzen bei Diphtherie 8,2 pCt., bei Larynxcroup 35,6 pCt. Die Resultate stellen sich also, im Ganzen genommen, ziemlich günstig. Was Larynxcroup anbelangt, so theilt Verf. die erzielten Resultate in folgende 3 Gruppen:

a) In der 1. Periode, in der nur tracheotomirt wurde, betrug die Sterblichkeit 61 pCt.

b) In der 2. Periode, in der tracheotomirt und intubirt wurde (1891—94), betrug die Sterblichkeit 62 pCt.

c) In der 3. Periode, in der zuerst Serum applicirt und dann ausschliesslich intubirt wurde, betrug die Sterblichkeit nur 35 pCt.

A. SOKOLOWSKI.

85) **J. Edward Herman. Eine Betrachtung über das Versagen des Antitoxins in operativen Fällen von diphtheritischem Croup. (A consideration of the failure of antitoxin in operative cases of diphtheritic croup.)** *N. Y. Medical Record. 20. Januar 1900.*

Währen der letzten Jahre ist die Antitoxinbehandlung der Diphtherie von der medicinischen Welt allgemein als die am meisten befriedigende acceptirt worden, einmal weil sie theoretisch eine ideale war, und dann auch in Anbetracht der begeisterten Berichte, die über ihren Werth in die Oeffentlichkeit gebracht

wurden. Jetzt ist Zeit genug verstrichen, um ein genaueres Urtheil über die wahre Wirksamkeit des Serums sich zu bilden und sicherlich muss man da sagen, dass die Resultate nicht so gute sind als man gehofft hatte. Hermann stellt eine ziemlich ausgedehnte Statistik zusammen und abstrahirt daraus die Werthlosigkeit der Antitoxinbehandlung. Er stellt einen Unterschied auf zwischen der Toxinbehandlung, die sich erfolgreich bewiesen hat, in Fällen von Blattern, Hundswuth und Sarkom, und der antitoxischen Serumbehandlung, die man bei Diphtherie, Tetanus, Typhus und Tuberculose angewandt hat. Er betont, dass von keinem dieser Sera bisher erwiesen ist, dass es irgend entscheidenden Werth aufzuweisen hat. Die etwas verringerte Mortalität der Diphtherie ist vielmehr anderen vervollkommneten Methoden der Behandlung, besonders der Intubation zu verdanken, als der Anwendung des Antitoxinserums. Die Intubation wird natürlich viel frühzeitiger angewandt als die Tracheotomie und deshalb werden manche schwere und verhängnissvolle Stenosensymptome vermieden. H. behauptet weiterhin, dass der Klebs-Löfflerbacillus keine ätiologische Beziehung zur Diphtherie hat, und führt zahlreiche hervorragende Autoren zum Beweise dafür an, wie häufig der Bacillus in den normalen Luftwegen oder in Fällen einfacher Rhinitis oder Pharyngitis ohne besondere und allgemeine Symptome der Diphtherie vorkommt.

LEFFERTS.

86) **Charles C. Patridge. Drei erfolgreiche Fälle unter vier Tracheotomien. (Three successful cases of tracheotomy of four.)** *American Journal of Surgery Gynecology. 19. Februar 1900.*

Chloroform ist rathsamer als Aether. Die äussere Incision darf nicht zu klein sein, und es ist auf gründliche Asepsis der Canüle zu achten.

EMIL MAYER.

87) **Swiezynski** (Wilno). **24 Fälle von Intubation bei Larynxcroup. (24 przypadki intubacyi przy Larynx-Croup.)** *Dziennik Zjarda Lekarzy i Przyrodników Polskich w Krakowie Str. 148.*

In allen Fällen wurde zuerst eine Seruminjection gemacht. Von 24 Fällen erfolgte Exitus letalis bei 6 (= 24 pCt.). Die nachfolgende Tracheotomie wurde in 3 Fällen ausgeführt; der Tubus blieb 3—11 Tage im Larynx liegen. Verf. empfiehlt die Intubation als ein sehr gutes Verfahren, besonders in den ersten Tagen der Krankheit, obwohl in späteren Perioden auch die Tracheotomie zuweilen als nothwendig erscheint.

A. SOKOLOWSKI.

88) **Sargnon** (Lyon). **Die Intubation und die Tracheotomie.** *Klin.-therapeut. Wochenschr. No. 12—14. 1900.*

S. bespricht die Operationstechnik und die Complicationen bei Intubation und Tracheotomien, sowie die Indicationen für beide, welche tabellarisch zusammengestellt sind.

CHIARI.

89) **A. Poznanski. Intubation oder Tracheotomie bei Larynxcroup. (Kilka uwag z powodu artykutu Dr. Sachsa o leczeniu dlawca intubaga.)** *Medycyna. No. 8. 1900.*

Eine polemische Schrift. Verf. resumirt seine Ausführungen in folgenden Schlüssen:

1. In der Larynxcroup-Therapie darf man nicht absolut die Tracheotomie bei Seite lassen und als eine gefährliche Operation hinstellen.

2. Die Intubation soll nicht in jedem Falle angewendet werden, in vielen soll sie nur der Tracheotomie vorangehen.

3. Die Intubation, wie auch die Tracheotomie liefern nicht in allen Fällen von Croup günstige Resultate.

A. SOKOLOWSKI.

90) **Richardière** et **Balthazard. Die Intubation bei Maserncroup. (Le tubage dans les croups rubéoliques.)** *Société de Pédiatrie. 9. Januar 1900.*

Die Intubation wurde in 36 Fällen dieser Art angewandt:
geheilt 24
gestorben 12

Diese Fälle vertheilen sich folgendermaassen:
a) Masern, nicht complicirt mit Diphtherie: 14 Fälle;
geheilt 9
gestorben 5

Also 35 pCt. Mortalitöt.
b) Masern mit Diphtherie complicirt: 22 Fälle;
geheilt 14
gestorben 7

Also 30 pCt. Mortalität.

Man sieht, dass diese Verhältnisse sich von der Mortalität des Hospital Trousseau (27—29 pCt.) wenig unterscheiden.

Die gewöhnliche Todesursache war Bronchopneumonie. Man hat zuweilen bei der Autopsie Ulcerationen unter der Glottis gefunden, analog denen, die man beobachtet nach langer Intubation bei Diphtherie.

Die Verff. kommen zu dem Schlusse, dass die Intubation bei Stenosen im Verlauf der Masern angezeigt ist; wenn die Stenose aber andauert, muss die Tracheotomie vorgenommen werden.

PAUL RAUGE.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

91) **W. Raudnitz. Zur Semiotik und Behandlung des Keuchhustens.** *Prager med. Wochenschr. No. 26. 1900.*

R. lässt mit den kranken Kindern Schwingungen ausführen, die den Schultze'schen ähnlich sind, jedoch eine schwächere Exspiration zur Folge haben. Falls die Mutter eines derart erkrankten Kindes sich für diese Manipulation nicht anstellig zeigt, empfiehlt R. das Sylvester'sche Verfahren, wobei namentlich die Inspirationsbewegungen deutlich verstärkt werden.

CHIARI.

92) **J. Schwarz** (Baden bei Wien). **Ueber das Verschicken keuchhustenkranker Kinder.** Vortrag, geh. am II. österr. Balneologen-Congress. — *Wiener medicin. Wochenschr. No. 27. 1900.*

Der Vortragende beleuchtet die Frage

1. vom Standpunkte der Prophylaxe,
2. vom Standpunkte der Therapie,
3. von dem der Curorte

und bemerkt, dass das Wegschicken von mit Pertussis behafteten Kindern im krassesten Widerspruch zu den Geboten der Prophylaxe stehe, dass Luftveränderung bei Pertussis von nur problematischem, untergeordnetem Werth sei und hierdurch die Curorte und Sommerfrischen arg geschädigt werden.

Sein Rathschlag geht dahin, keuchhustenkranke Kinder wie andere Infectionskranke zu Hause zu belassen.

CHIARI.

93) **R. Fischl** (Prag). **Ueber neuere Behandlungsmethoden des Keuchhustens.** Vortrag im Verein deutscher Aerzte, 23. Februar 1900. — *Prager medicin. Wochenschr. No. 21. 1900.*

Von Antipyreticis hat F. gesucht: Tussol, Euchinin und Lactophenin. Als Einreibung verwendete er Antitussin.

Mit genannten Mitteln konnte durchschnittlich eine Abschwächung der Anfälle hervorgerufen werden, doch wirkte keines dieser angeblichen Heilmittel als Specificum. Gelegentlich der Discussion lobte Altschul das Terpinhydrat, bis 2 g pro die, als verlässliches Mittel bei Pertussis.

CHIARI.

94) **J. A. Roorda Smit** (Cordoba). **Operativ-Behandlung des Keuchhustens. (Operative behandeling van kinkhoest.)** *Ned. Tijdschrift v. Geneeskund. II. p. 393. 1900.*

Seit 1895 hat S. 50 Fälle von Keuchhusten mittelst Adenotomie [? Red.] behandelt. Der Keuchhusten heilte stets vollständig, spätestens nach 10 Tagen.

H. BURGER.

95) **Jos. O'Dwyer. Intubation bei Keuchhusten. (Intubation for whooping-cough.)** *N. Y. Medical News. 3. März 1900.*

Dr. O'Dwyer hat in seinen letzten Tagen noch die Frage bearbeitet, ob schwere Fälle von Keuchhusten mittelst der Intubation zu behandeln sind. In einigen Notizen, die er über den Gegenstand hinterlassen hat, sagt er, dass man die Qualen, welche das Kind bewegen, sein Spielzeug fallen zu lassen und zu seiner Mutter oder Wärterin zu flüchten, wenn ein Keuchhusten-Paroxysmus im Anzuge ist, selbst gefühlt haben muss, um sie zu begreifen. Er selbst litt am Keuchhusten, als er schon über die Vierzig war, und er erinnert sich, dass ihm der Glottisspasmus dabei ein Gefühl von Todesangst verursachte, welches selbst durch vernünftige Ueberlegung nicht bezwungen werden konnte. Seit Langem scheint es ihm wahrscheinlich, dass die Intubation bei diesen Qualen wirksam sein kann. In diesem Sinne empfiehlt er nicht etwa die Metallcanüle, welche Kalkinkrustationen mit scharfen Rauhigkeiten ausgesetzt ist, die das Kehlkopfgewebe reizen, sondern vielmehr die Hartgummitube, welche für lange Zeit sauber und absolut glatt bleibt. Die Intubation löst unzweifelhaft den Spasmus. Vor einiger Zeit beobachtete er 3 Fälle, bei denen zum Keuchhusten sich Larynxdiphtherie gesellte und die Intubation nöthig wurde. Es war dabei interessant, das Resultat der Intubation gegenüber dem Keuchhusten zu beobachten. Es be-

standen alle gewöhnlichen Anzeichen von exspiratorischem Spasmus, aber keine inspiratorische Schwierigkeit und kein Erbrechen, obschon das Kind vorher häufig erbrochen hatte. Es möchte also in Fällen, wo die Ernährung des Kindes wegen des Erbrechens Noth leidet, die Intubation angezeigt sein.

LEFFERTS.

96) **Milton P. Creel. Die Behandlung der recidivirenden Anfälle von spasmodischem Croup. (The treatment of recurrent attacks of spasmodic croup.)** *Canadian Practit. and Review. Januar 1900. Canadian Journal of Medicine and Surgery. März 1900.*

Die begleitende Bronchitis muss behandelt werden. Vielen Nutzen sah Verf. vom Copaivabalsam, von dem er beim 5jährigen Kinde 4mal täglich 1—3 Tropfen gab.

EMIL MAYER.

97) **F. C. Rogers. Gegen Pseudocroup. (For false croup.)** *New England Medical Monthly. Januar 1900.*

R. giebt Apomorphin per os, $^1/_4$ stündlich 0,0012—0,0015, bis zum Nachlass der Symptome.

EMIL MAYER.

98) **W. J. Mc. Cardie. Laryngospasmus während der Aetheranwendung. (Spasmodic closure of the larynx during the administration of ether.)** *N. Y. Med. Record. 3. Februar 1900.*

Verf. berichtet über einen Fall, der die Thatsache illustrirt, das gewisse Patienten mit compensirter Mitralstenose für die Anwendung des Aethers als Anaestheticum unzugänglich sind.

LEFFERTS.

99) **Stamm** (Hamburg). **Congenitaler Larynxstridor.** *Arch. f. Kinderheilkunde. XXVIII. 3. 4. 1900.*

Im ersten Fall handelte es sich um ein 4 Tage altes Kind, dass bei der Geburt (Sturzgeburt) auf den Kopf gefallen war. Wahrscheinlich hatte hier in Folge des Falles eine centrale Störung vorgelegen, vielleicht im Bezirke des Calamus scriptorius. Der zweite Fall betraf ein 6 Wochen altes Kind, das erst acht Tage nach der Geburt die typischen Erscheinungen des congenitalen Stridor darbot. Eine abnorme Organbildung konnte ebensowenig wie eine Thymusvergrösserung nachgewiesen werden, nach 5 Wochen waren die Erscheinungen geschwunden.

SEIFERT.

100) **E. Teixeira de Mattos** (Rotterdam). **Zwei Fälle von chronischem inspiratorischem Stridor bei Säuglingen. (Twee gevallen van chronischen inspiratorischen Stridor bij zuigelingen.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 12. 1900.*

Der erste Fall betrifft ein gesund aussehendes Kind von 8 Monaten, bei dem der Stridor unmittelbar nach der Geburt aufgetreten war. Starke inspiratorische Einziehungen in jugulo und epigastrio. Am Thorax nichts Abnormes. Spontanheilung in 4 Monaten.

Der zweite Fall betrifft ein Kind von 10 Wochen, gesund, mit stark schnarchendem Stridor. Ueber dem Manubrium sterni percutorische Dämpfung, sonst

nichts Abnormes. Spontanheilung nach 7 Monaten. Der Stridor besteht seit 5 Wochen.

In beiden Fällen war die Stimme laut und kräftig; der Kehlkopf unbeweglich bei der Athmung, der Kehldeckel normal, während es nicht gelang, das Kehlkopfinnere zu sehen.

T. sucht, mit Avellis, die Ursache des Leidens in Tracheal-Compression durch die Thymus.

H. BURGER.

101) **A. Onodi. Die Frage der Chorea laryngis.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. X. p. 32. 1900.*

Verf. giebt eine sorgfältige Analyse aller bisherigen Mittheilungen über Chorea laryngis und präcisirt seinen eigenen Standpunkt dahin, dass er den Begriff einer laryngealen Chorea insofern anerkennt, als mit dem Kehlkopfspiegel constatirbare choreatische Bewegungen der Stimmbänder gleichzeitig mit einer allgemeinen echten Chorea minor auftreten. In diesen wenigen Fällen aber genügt die Bezeichnung der allgemeinen Chorea minor mit der Aufzählung der betroffenen Muskelgruppen, so auch der Stimmbandmusculatur. Die Bezeichnung Chorea laryngis ist in diesen Fällen ganz und gar überflüssig. Verf. schlägt vor, den Namen Chorea laryngis, der nur zu Verwechselungen und Irrthümern geführt habe, vollständig fallen zu lassen. In Fällen choreatischer Unruhe der Stimmbänder ohne allgemeine Chorea minor räth er von choreiformen Bewegungen der Stimmbänder zu sprechen. Fälle von nervösem Husten, zu dem sich nachträglich Chorea gesellt hat, bezeichnet er als Chorea minor mit nervösem Husten; die Chorea minor verläuft häufiger ohne nervösen Husten. Für die verschiedenen Fälle von nervösem und reflectorischem Husten aber, die von zahlreichen Autoren als Chorea laryngis beschrieben worden sind, ist dieser Name nicht zulässig.

F. KLEMPERER.

102) **A. Onodi. Chorea des Larynx. (Chorea of the larynx.)** *N. Y. Medical Record. 31. März 1900.*

Diese Affection hat nichts mit der allgemeinen Chorea zu thun. O. beschreibt kurz unsere gegenwärtige Kenntniss der letzteren und sichtet die Literatur, welche seit Ziemssen's Arbeit über die sogen. Larynxchorea im Jahre 1875 erschienen ist. Speciell analysirt er den von Preysz berichteten Fall, die erste Publication, die die pathologischen Veränderungen des N. vagus und recurrens bei dieser Affection berücksichtigt. Er vergleicht die Ansichten einiger hervorragender Laryngologen und hält dafür, dass der Ausdruck „Chorea des Larynx" aufgegeben werden sollte, da die meisten, wenn nicht alle bisher beschriebenen Fälle unter andere klinische Gruppen fallen und weil der Zustand keine wahre Chorea ist. Einige stellen Fälle dar von hysterischem Husten, einige beruhen auf Nachahmung und andere sind einfach krampfartige Gewohnheiten.

LEFFERTS.

103) **St. Kopczynski. Ein Fall von Tic convulsif mit eigenthümlicher Form von Sprachstörung. (Przypadek nerwicy ruchowej o charakterze tików z niezwyktem zaburzeniem mowy.)** *Gazeta lekarska. No. 34, 35. 1900.*

Bei einem 34jährigen Arbeiter, welcher typische Erscheinungen von Tic con-

vulsif an verschiedenen Muskelgruppen (obere und untere Extremitäten, Geschlechts- und Respirationsmuskeln) darbot, wurde auch eine eigenthümliche Sprachstörung beobachtet. Dieselbe bestand in einer Abart von Stottern; der Patient, der mit einer monotonen Stimme sprach, trennte einzelne Silben und wiederholte dieselben einige Male, wobei er Zwischenpausen von 5—10 Secunden machte, sodass die Aussprache relativ kurzer Worte 3—10 Secunden dauerten. A. v. SOKOLOWSKI.

104) **Moncorgé** (Mont-Dore). **Ictus laryngis und Asthma. (Ictus laryngé et asthme.)** *Annal. des malad. de l'oreille, du larynx etc. No. 2. Februar 1900.*

Verf. berichtet über 19 Beobachtungen von Ictus laryngis. Alle Patienten bis auf einen waren asthmatisch. Die Beziehungen zwischen Ictus laryngis und Asthma sind bereits erwähnt worden, aber nach M. nicht genügend gewürdigt. M. hält den Ictus laryngis geradezu für eine Nebenerscheinung des Asthma (Phénomène parasthmatique). E. J. MOURE.

105) **Opp. Ueber hysterische Aphonie.** *Münchener med. Wochenschr. No. 21. 1900.*

Bericht über 28 Fälle aus der Klinik Gerhardt's, darunter 4 bei Männern. Das Charakteristische bestand in allen Fällen in dem ausschliesslichen Befallensein der Verengerer, in Sensibilitätsstörung im Rachen und Kehlkopfeingang und in dem Erhaltensein der elektrischen und reflectorischen Erregbarkeit der Kehlkopfmuskeln. In 5 Fällen war die Lähmung mehr als einseitige zu bezeichnen. Der übrige Theil der Arbeit enthält nichts Neues. SCHECH.

106) **Ernst Bloch** (Nürnberg). **Ein Fall von hysterischer Stummheit, jedenfalls hervorgerufen durch Intoxication.** *Münch. med. Wochenschr. No. 28. 1900.*

Bei einem hysterischen Anfall wurde ein 15jähriger Drechslerlehrling auch stumm. Bl. gelang es nun zu constatiren, dass derselbe aus einem amerikanischen Füllofen Kohlenoxydgas eingeathmet hatte, zumal es auch den übrigen im Betrieb Beschäftigten schlecht wurde und dieselben Kopfweh bekamen. SCHECH.

107) **Touche. Sensorische Aphasie. (Sensory aphasie.)** *N. Y. Med. Record. 27. Januar 1900.*

T. führt die Autopsie von 9 Fällen an, die an sensorischer Aphasie gelitten hatten. In einem Fall musste die Sprachstörung vielmehr auf eine Unterbrechung der Communication zwischen den verschiedenen Sprachcentren, als auf eine Läsion dieser letzteren selbst bezogen werden. In einem anderen Fall war der Bezirk des Sprachcentrums nur in seiner unteren Partie afficirt. In einem dritten Fall verursachte eine geringe subcorticale Erweichung nahe der zweiten Temporalwindung Worttaubheit und Aphasie. Läsionen der zweiten Parietalwindung und zum Theil der aufsteigenden Parietalwindung bestanden in Fällen, die nachweislich von ihrer Aphasie geheilt waren. LEFFERTS.

108) **Ernst Barth** (Brieg). **Zur Klinik der Stimmlippenneurosen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XI. H. 2. p. 260. 1900.*

B. giebt die Krankengeschichten und lesenswerthe epikritische Betrachtungen über folgende 4 Fälle:

1. Acute transitorische doppelseitige Posticuslähmung bei acuter transitorischer doppelseitiger Struma.

2. Doppelseitige complete Recurrenslähmung.

3. Linksseitige complete Recurrenslähmung in Folge linksseitiger Struma, geheilt durch Thyreoidin.

4. Functioneller phonischer Stimmritzenkrampf.

F. KLEMPERER.

109) **V. Saxtorph Stein** (Kopenhagen). **Larynxneurosen. (Larynxneuroser.)** Mittheilungen aus der oto-laryngologischen Klinik der Universität. — *Hospitals-Tidende. S. 193. 1900.*

1. Fall von spastischer Aphonie bei einer 42jährigen Frau. Die Sprache ist im Anfang der Intonation normal, wird aber bald heiser, angestrengt und zuletzt aphonisch. Heilung.

2. Fall von spastischer Aphonie bei einer 25jährigen Hysterica, die eine inspiratorische Stenose hatte und während der Exspiration frei war. Sie konnte überhaupt nicht sprechen, weil gleich im Anfang der Intonation die wahren und falschen Stimmbänder sich krampfartig aneinander legten und suffocatorische Erscheinungen sich einstellten. Dasselbe geschah, wenn man die Regio cricothyreoidea oder die beiden Ovarialgegenden drückte, wodurch der Krampf der Larynxmusculatur so stark wurde, dass die Patientin tiefblau im Gesicht wurde. Die suffocatorischen Anfälle konnten bis zu 1 Minute dauern. Heilung, später Recidive. Larynxschleimhaut normal.

3. Fall von spastischer Aphonie bei einem 31jährigen Dienstmädchen, das wegen seiner suffocatorischen Anfälle von dem behandelnden Arzte tracheotomirt wurde. Sie trug ihre Canüle 14 Tage, aber die Respiration war immer mehr oder weniger stenotisch. Der Larynx war vollständig von normalem Aussehen, nur hatten die Stimmbänder eine Neigung, sich während der Inspiration aneinander zu legen, wodurch ein inspiratorischer Stridor hörbar wurde.

4. Fall von doppelseitiger Posticuslähmung von räthselhafter Natur bei einem 17jährigen Knaben, der sich am 18. September 1899 an die Klinik wandte. Er war sehr mager. Die Respiration war unter ruhigen Verhältnissen sufficient, aber bei der kleinsten Anstrengung wurde sie inspiratorisch stenotisch. Die Stimme normal, klangvoll. Die Laryngoskopie zeigte die Stimmbänder natürlich gefärbt, nur unbedeutend von der Intonationsstellung entfernt. Sie konnten nicht weiter abducirt werden, wogegen sie während der Intonation (weniger während der Inspiration) adducirt wurden. Keine Ulcerationen oder submucöse Infiltrationen. Sonst bot die Untersuchung keine Abnormitäten dar. Keine Phthisis der Lungen, keine Tuberkelbacillen im Sputum. Die Glandulae cervicales auf beiden Seiten geschwollen. Glandula thyreoidea normal. Pat. hat Scarlatina und Diphtheritis gehabt, ist nicht scrophulös gewesen und war gesund, bis er vor 3 Jahren zu husten anfing und abmagerte. Pat. ist ein Jahr in einer Buchdruckerei gewesen, aber hat sonst keine Symptome von Bleiintoxication gehabt, und hat sich in den letzten zwei Jahren als Gärtnereleve beschäftigt. Die Larynxsymptome sind erst seit einem Jahr vorhanden. Pat. stand 6 Wochen unter Behandlung und reiste dann nach Hause (aufs Land), nachdem sein Allgemeinbefinden sich bedeutend

gebessert hatte. Das laryngoskopische Bild aber war unverändert. Als Ursache der doppelseitigen Posticusparese wurden geschwollene Mediastinaldrüsen vermuthet.

SCHMIEGELOW.

110) **Egmont Baumgarten. Ein Fall von Tabes dorsualis mit Larynxkrisen.** Sitzung der k. ung. Gesellsch. d. Aerzte vom Januar 1900.

Der 52jährige Mann hat seit 3 Jahren krampfhaften Husten und in letzter Zeit Erstickungsanfälle. Kehlkopfbefund: Rechtes Stimmband in der Mittellinie fixirt, der Rand excavirt. Die Diagnose auf Tabes wurde durch die Untersuchung des Nervensystems und der Augen bestätigt. B. hebt hervor, dass bei diesen Fällen, in welchen er Tabes durch den Kehlkopfbefund diagnosticiren konnte, die Hyperaesthesie der Schleimhäute sehr schwankte, und dass dies kein charakteristisches Symptom sei. In diesem Falle war auch der Oppenheim'sche Druckpunkt nicht vorhanden, in den früher demonstrirten Fällen immer auf einer Seite auffallend.

v. NAVRATIL.

111) **Beverley Robinson. Ein Fall von partieller Kehlkopflähmung. (A case of partial laryngeal paralysis.)** *N. Y. Med. Record. 17. März 1900.*

Das linke Stimmband nähert sich während der Phonation, wenn auch schwerfällig, der Mittellinie. Die Abduction desselben war geringer als die des rechten. Die physikalische Untersuchung der Brust ergab wenig oder nichts Abnormes. Die Diagnose lautet auf partielle Lähmung der Adductoren und Abductoren des linken Stimmbandes; die Ursache ist dunkel.

Der berichtete Fall kann sehr wohl ein solcher von primärer Larynxtuberculose im Anfangsstadium sein. Die Lähmung der linksseitigen Muskeln könnte ganz gut erklärt werden zum Theil durch sogenannte functionelle Störung, zum Theil durch tuberculöse Infiltration. Wenn es zur Ulceration kommt, wird man auf Bacillen fahnden müssen.

LEFFERTS.

112) **Edward J. Dickerman. Kehlkopflähmung. (Laryngeal paralysis.)** *Journ. Amer. Med. Assoc. 6. Januar 1900.*

Ein Fall von beiderseitiger Abductorenlähmung, der ein ganzes Jahr unverändert bestand, ohne dass sich eine Ursache dafür finden liess.

EMIL MAYER.

113) **Kuttner u. Katzenstein. Experimentelle Beiträge zur Physiologie des Kehlkopfes.** *Arch. f. Anat. u. Physiol. 1899.*

Auf Grund ihrer Versuche kommen Verff. zu folgenden Schlüssen:

1. Beim Menschen wie beim Hunde sind während der Athmung Adductoren und Abductoren innervirt. Während der Inspiration wächst die Innervationsenergie der Abductoren, während der Exspiration die der Adductoren. Die Bewegung, die durch die Zunahme der activen Kraft der einen Muskelgruppe ausgelöst wird, wird unterstützt durch den passiven Nachlass der Contraction der anderen Muskelgruppe. Alle Kehlkopfbilder, die wir bei der Athmung beobachten, von dem Stillstande der Stimmlippen bei ruhigster Athmung bis zur krampfhaft tödtlichen Medianstellung beruhen auf demselben Princip. Die Verschiedenheit der Kehl-

kopfbilder wird nur bewirkt durch die Verschiedenheit der Energie, mit der die eine oder andere Muskelgruppe zur Thätigkeit angeregt wird.

2. Ausser dem M. crico-aryt. post. können noch andere Muskeln eine active Abduction der Stimmlippe bewirken; sicher der Crico-aryt. lateral.; wahrscheinlich tragen auch der M. arytaen. transversus und crico-thyreoid.' zum Oeffnen und Offenhalten der Stimmritze bezw. des Larynxeinganges bei. Ob diese Muskeln auch unter normalen Verhältnissen den Posticus unterstützen, oder ob sie nur als Reserve nach Schädigung des Haupterweiterers für diesen eintreten, bleibe dahingestellt.

A. ROSENBERG.

114) **J. Katzenstein. Untersuchungen über den Nerv. recurrens und sein Rindencentrum.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. X. H. 2. p. 288. 1900.*

Aus den Ergebnissen einer grösseren Versuchsreihe, die Verf. im Laboratorium von Prof. H. Munk angestellt hat, sei folgendes wiedergegeben:

1. Das Krause'sche Centrum ist beim Hunde das Centrum für die bilateral erfolgenden Kehlkopfbewegungen. In der Norm überwiegen von dieser Stelle der Hirnrinde aus die Verengerer und Spanner über die Erweiterer. Dementsprechend kommt bei elektrischer Reizung des Krause'schen Centrums ein aus Adduction und Spannung der Stimmlippen resultirender Schluss der Glottis zu Stande. Durch bestimmte Operationen aber (Durchschneidung der einzelnen Endzweige des Recurrens) kann man alle wirklich vorkommenden Bewegungen der Stimmbänder sichtbar machen: es sind dies die durch Adduction und Spannung, Abduction und Spannung, Spannung, reine Abduction hervorgerufenen Stimmlippenbewegungen. Die Spannungs- undAdductionsbewegungen der Stimmlippen erfolgen zugleich mit der Phonation und Exstirpation, die Abductionsbewegungen gleichzeitig mit der Inspiration.

Die Phonation, die Exspiration und Inspiration werden von dem Krauseschen Centrum nicht beeinflusst, dasselbe ist deshalb als Centrum für die Stimmlippenbewegungen und nicht als Phonationscentrum zu bezeichnen.

Bei der Katze ist der Gyr. comp. ant. das Hirnrindencentrum für die bilateral erfolgenden Kehlkopfbewegungen. Von demselben wird jedoch die Erweitererfunction in höherem Maasse beeinflusst, als die der Verengerer; elektrische Reizung bewirkt Abduction, erst nach Ausschaltung der Erweiterer ist die Wirkung der Verengerer und Spanner oder der Verengerer oder der Spanner des Kehlkopfs hervorzubringen.

2. Die Exstirpation beider Krause'schen Centra beeinflusst beim Hunde den Phonationsact nur während der ersten (ungefähr 12) Tage, d. h. so lange das Thier an den Folgen der grossen Operation krank ist; nach dieser Zeit ist das Bellen wieder intact. Eine Störung der Stimmlippenbewegungen aber, die sich in gewissen atactischen Bewegungen der Stimmlippen und in wellenartig über dieselben hinlaufenden Zuckungen kund giebt, ist vorhanden und bleibt auch nach Wiedereintritt der Lautgebung bestehen.

3. Durch periphere Reizung der durchschnittenen Recurrentes stellte Verf. fest, dass in diesen dieselben Kräfte überwiegen, wie in dem Hirnrinden-

centrum für die Stimmlippenbewegungen, also beim Hunde die Verengerer, bei der Katze die Erweiterer.

4. Der Recurrens des Hundes führt keine sensiblen Fasern, seine Sensibilität ist „eine erborgte“ (Rethi), durch den Ram. communicans mitgetheilte; bei dem Kaninchen und der Katze dagegen constatirte K. im ganzen Verlaufe des Recurrens neben den motorischen sensible Nervenfasern.

F. KLEMPERER.

115) **L. Rethi** (Wien). **Eine Bemerkung zu Katzenstein's „Untersuchungen über den Nerv. recurrens und sein Rindencentrum“.** *Ebenda. Bd. X. H. 3. p. 505. 1900.*

116) **J. Katzenstein. Antwort auf die Bemerkung Rethi's.** *Ebenda. p. 506.*

Rethi hat vor K. festgestellt, dass der Recurrens beim Hunde rein motorisch ist und nur vom Laryngeus superior und R. communicans sensible Fasern zugeleitet bekommt. Er hat diese Thatsache aber nicht verallgemeinert, wie es nach einem Passus der K.'schen Arbeit den Anschein haben könnte.

K. giebt dies zu und modificirt den betreffenden Passus in R.'s Sinne.

F. KLEMPERER.

117) **Grossmann. Ueber den Musc. cricothyreoideus.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde. No. 5. 1900.*

Gr. glaubt, dass in jenen Fällen von Larynxhysterie, bei denen die Stimmbänder mit jeder Inspiration weit auseinandergehen, und bei jeder Phonation bis auf einen kleinen im hinteren Theile offen bleibenden dreieckähnlichen Abschnitt sich vollständig berühren, und wo meist totale Aphonie besteht, die Lähmung im M. cricothyreoid. ihren Sitz hat. Gr. will denselben Symptomencomplex nebst einer gewissen Unsicherheit im Schlucken bei seinen Experimenten über den Wegfall des Stimmbandspanners erhalten haben.

Die Ansicht, dass durch Lähmung des Cricothyreoideus nur die hohen Töne Schaden leiden, erklärt Gr. für falsch. Durchschneidet man die N. laryng. sup., dann nehmen die Stimmbänder an Beweglichkeit zu, sie gehen bei der Inspiration weit auseinander, und bei der Phonation so vollständig zusammen, dass sie aneinander zu kleben scheinen. Der M. cricothyreoid. hat aber noch die Function, beim Schluckact das Hineingerathen von Speisen und Getränken in den Kehlkopf zu verhindern; dementsprechend sollen Larynxhysterische über leichtes Verschlucken klagen, wenn sie nicht ganz vorsichtig beim Essen seien. Gr. vindicirt endlich dem Cricothyreoideus auch noch die Function eines Exspirationsmuskels, er wäre also Antagonist des Cricoarytaen. post.

Im Verein mit dem Thyreoaryt. int., der eine Entspannung des Stimmbandes bewirkt, während der Cricothyreoideus allein für sich die Längsspannung hervorruft, wird der Grad der Extension und Adduction wesentlich erhöht, die Wirkung ist keine rein antagonistische mehr, sondern sie erfüllt die gleiche Function. Das Klaffen der Knorpelglottis, das bisher als ein charakteristisches Zeichen der Lähmung des M. arytaen. transvers. obliquus und M. cricoaryt. lat. betrachtet wurde, ist nach Gr. das charakteristische Zeichen für das Versagen der Function des M. cricothyreoid. Die Details und Begründung der vorgetragenen Ansichten können hier nicht weiter ausgeführt, sondern müssen im Original gelesen werden.

SCHECH.

118) **J. Fein** (Wien). **Die Stellung der Stimmbänder in der Leiche.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XI. H. 1. p. 21. 1900.*

Verf., der bei Leichen eine grössere Reihe sorgfältiger Messungen der Glottis mittelst des graduirten Spiegels vorgenommen hat, kommt zu folgenden Resultaten, die unsere bisherigen Anschauungen über die Stellung der Glottis in der Leiche umzugestalten geeignet sind:

„Die Stimmbänder stehen kurze Zeit nach dem Tode in der Mittellinie oder nahe derselben.

Die Leichenstarre entfernt die Stimmbänder von der Mittellinie; mit der Zunahme der Leichenstarre wird die Stimmritze weiter.

Die Weite der Glottis innerhalb der Leiche ist verschieden von derjenigen im ausgeschnittenen Kehlkopf, auch wenn die Herausnahme desselben sofort nach der laryngoskopischen Untersuchung erfolgt.

Die Stimmbänder stehen im ausgeschnittenen Kehlkopf in einer Zwischenstellung zwischen Medianstellung und Auswärtsstellung.

Nach Ablauf der Starre verbleiben die Stimmbänder in einer Zwischenstellung, scheinen sich aber wieder der Mittellinie zu nähern.

Es giebt keine bestimmte Form der cadaverösen Glottis. Dieselbe ist beinahe ebenso vielgestaltig wie die Form der Glottis im Leben.

Im Zustande vollkommenster Erschlaffung scheint der Dickendurchmesser der Stimmbänder zuzunehmen.“

Verf. versucht, die verschiedenen Stimmbandstellungen, die er constatirt hat, zu erklären, und schlägt für die bisher als Cadaverstellung bezeichnete Mittelstellung zwischen Auswärtsstellung und Stellung in der Mittellinie die Bezeichnung: Zwischenstellung vor.

Im Anhang berichtet Verf. über einige Glottismessungen an Thieren und an Neugeborenen.

F. KLEMPERER.

119) **J. Fein** (Wien). **Ueber die sogenannte „Cadaverstellung“ der Stimmbänder.** Vortrag. geh. in d. k. k. Gesellsch. d. Aerzte in Wien, Sitzung vom 8. Juni 1900. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 24. 1900.*

F. untersuchte 50 Leichen von Erwachsenen in verschiedenen Stadien der Todtenstarre und hat hierbei die Glottisweite in der Höhe des Proc. voc. in einem mit einer Millimeter-Eintheilung versehenen Kehlkopfspiegel gemessen. — Die Untersuchungen ergaben, dass die Stimmbänder kurze Zeit nach dem Tode in der Mittellinie oder nahe derselben stehen; dass mit der Zunahme der Leichenstarre die Stimmritze weiter wird und mit Ablauf der Starre sich die Stimmbänder der Mittellinie wieder etwas zu nähern scheinen oder in einer Zwischenstellung verbleiben. — Als Ersatz für die unrichtige Bezeichnung „Cadaverstellung“ schlägt F. das Wort „Zwischenstellung“ vor. — Er beobachtete zehn verschiedene Stellungen der Stimmbänder in cadavere.

CHIARI.

120) **G. Avellis. Die Frage der motorischen Kehlkopfinnervation, analysirt nach einem neuen Falle von traumatischer Zungen-, Gaumen-, Kehlkopf- und Nackenlähmung und den neusten Arbeiten der Gehirnanatomie.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. X. H. 1. S. 1 u. 179. 1900.*

A. constatirte bei dem Patienten, der im October 1898 einen Messerstich in

die linke Ohrmuschel dicht unter dem Gehörgang bekommen hatte, im Mai 1899 Lähmung der linken Gesichtsseite, des linken Gaumens und Schlundes, der linken Zunge, der linken Kehlkopfseite und der linken Nackenmuskeln; die Sensibilität des Kehlkopfs war beiderseits gleich. Der Fall gleicht in jeder Beziehung dem von Traumann (Zeitschr. f. Chir. 1893) mitgetheilten und scheint nach A. dafür zu sprechen, „dass die motorischen Kehlkopfnerven in dem Accessoriusstamm zu finden sind, weil eine gleichzeitige Verletzung des Vagus wegen der erhaltenen Kehlkopfsensibilität nicht wahrscheinlich ist".

Im zweiten Theile seiner Arbeit, der eine literarische Umschau über die Lehre von dem Accessoriusursprung giebt, gelangt Verf. zu dem Schlusse, dass zur Zeit „ein einigermaassen einspruchsfreies Bild von dem Ursprung der motorischen Nerven des Kehlkopfes nicht aufgestellt werden kann." Gegen die Beweiskraft des Grabower'schen Falles von Vaguswurzeldegeneration bei Stimmbandlähmungen macht A. geltend, dass er der besten Untersuchungsmethode (der Nissl'schen) ermangelt.

In einem Nachtrag (Ebenda S. 179) erwähnt A. den von v. Reusz publicirten Fall (Arch. f. Psych. 1900. H. 2), der eine „buchstäbliche Bestätigung der Grabower'schen Auffassung" bringt, und erklärt, dass sich „Kliniker und Experimentatoren werden für besiegt erklären müssen: denn die Anatomen haben das letzte Wort".

F. KLEMPERER.

121) **Grabower. Ein Beitrag zur Lehre von der motorischen Innervation des Kehlkopfs.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. X. H. 2. S. 320. 1900.*

G. berichtet über einen neuen Fall von Kehlkopflähmung, den er genau mikroskopisch untersucht hat. Es handelt sich um einen Tabiker, der intra vitam doppelseitige Posticuslähmung zeigte. Die Untersuchung ergab Atrophie der Vaguswurzeln, während in den Accessoriuswurzeln nicht die Spur einer Anomalie vorhanden war. Wie sein früherer und der v. Reusz'sche Fall, zwingt auch dieser dritte „zu der allein möglichen Schlussfolgerung, dass der Accessorius an der Kehlkopfinnervation durchaus unbetheiligt ist und der Vagus allein die Kehlkopfmuskeln innervirt".

Den oben erwähnten Einwand von Avellis erkennt G. nicht als berechtigt an. Zur Aufdeckung der alten Degenerationen in den Nervenwurzeln und Kernen bei Tabes ist die Weigert'sche Färbung viel geeigneter als die Nissl'sche Methode. Diese hat ihr eigentliches Leistungsgebiet nur im Experiment, wenn man nach Durchschneidung von Nerven und Wurzeln den Process bald unterbrochen und die Resultate der „primären Reizung" in den Kernzellen untersuchen kann. Ein Experiment dieser Art hat G. an Kaninchen vorgenommen, indem er die Vaguswurzeln von der Medulla abriss, während die Accessoriuswurzeln intact blieben, und nach 14 Tagen das Thier tödtete. Die Untersuchung nach Nissl ergab Degeneration im dorsalen und ventralen Vaguskern, dagegen unveränderte Beschaffenheit der Zellen des Accessoriuskerns.

F. KLEMPERER.

122) **Zuckerkandl. Zur Anatomie des Sängerkehlkopfes.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 1. 1900.*

Der Kehlkopf eines Bassisten liess nach dem Tode folgende Eigenthümlich-

keiten erkennen: Symmetrie, besondere Länge, Enge der Stimmritze, Schmalheit der Cartil. cricoidea, weitgehende Differenzirung der Muskeln. Starke Ausbildung einer oberflächlichen Schicht am Cricothyreoarytaen., ebenso der Bündel des Thyreoarytaen. und des Stimmbandmuskels. Z. schliesst daraus, dass zwischen Form und Leistung des Kehlkopfes eine Correlation besteht. SCHECH.

123) **Gustav Spiess** (Frankfurt a. M.). **Ueber den Einfluss einer richtigen Stimmbildung auf die Gesundheit des Halses.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. XI. H. 2. S. 235. 1900.*

Verf. hat sich durch Jahre lange Beobachtungen davon überzeugt, dass „eine ganze Reihe von Erkrankungen, nicht nur der Stimmlippen, welche dem Laien durch Heiserkeit auffallen, sondern überhaupt der oberen Luftwege sich durch Stimm- und Singübungen heilen und durch anhaltende Beachtung dieser Stimmregeln überhaupt vermeiden lassen". In längeren interessanten Ausführungen, die im Original nachgelesen zu werden verdienen, legt Verf. dar, was er unter falscher Stimmbildung versteht und wie dieselbe zur Erkrankung führt. Ueber seine Behandlungsmethode ist bereits in einem früheren Referate (diese Zeitschrift XVI. Heft 1. S. 40) berichtet worden. Hier sei nur noch auf ein Kehlkopfbild hingewiesen, bestehend in „Röthungen auf der Kuppe der Santorinischen Knorpel und auf der Kehldeckelunterseite", das Verf. als geradezu characteristisch für falsche Tonbildung ansieht; ferner auf seine Stellung zum Tabak und Alkohol, in deren Verbot bisweilen zu rigoros vorgegangen wird: „Wir geben uns ein Armuthszeugniss, wenn wir immer nur verbieten. Wir sollen den Hals so kräftigen, dass er unter dem mässigen Genuss von Alkohol und Tabak nicht leidet". Bei allen acuten Processen verbietet auch Spiess selbstverständlich jeden Reiz, und so auch Alkohol und Tabak; ist aber das acute Stadium abgelaufen, so hält er einen mässigen Genuss dieser beiden nicht für schädlich, wenn nur gleichzeitig der Hals auf den richtigen Weg zur Heilung gebracht wird. Spiess' Warnung vor dem Züchten von „Halshypochondern" erscheint recht zeitgemäss und verdient Beachtung. F. KLEMPERER.

124) **Breitung** (Coburg). **Zur Psychologie der Stimmermüdung.** *Münch. med. Wochenschr. No. 16. 1900.*

Mittheilung eines Falles, bei dem ein Schauspieler, der plötzlich angab, wegen Heiserkeit nicht mehr sprechen zu können, durch psychische Beeinflussung resp. durch die Versicherung, dass er ganz gewiss sprechen könne und nur hinaus auf die Bühne gehen solle, seine Stimme in glänzender Weise wiedererlangte; vielleicht wirkte auch der verabreichte Sect als Stimulans. SCHECH.

125) **E. Maljutin. Abnormität im Bau des harten Gaumens als Ursache der ungenügenden Funktion der Stimmbänder. (Neprodilnost strojenija twerdawo neba kak pritschina nedostatetschnawo otprawlenija golosswjasok.)** *Wratsch. No. 14. 1900.*

M. beobachtete einen jungen Mann mit sehr schmalem und hohem harten Gaumen, der trotz Uebungen und Electricität im Falsett sprach. M. will den Patienten durch Prothesen corrigiren, um seine Theorie an ihm zu beweisen.

Es ist wenig Hoffnung für das Gelingen, aber sollte es selbst gelingen, so liegt darin noch kein Beweis. (Ref.) P. HELLAT.

126) **Marage. Ueber die Bildung des Wortes. (De la formation de la parole.)** *Société de Biologie. 25. November 1899.*

M. hat Abgüsse genommen vom Munde im Moment der Vocalaussprache. Auf diese Weise hat er sich vergewissert, dass die Mundhöhle allein zur Formung der Vocale genügt.

Der specielle Timbre in der Stimme eines jeden Individuums ist verursacht durch die oberen Stimmbänder und die Morgagni'schen Ventrikel.

Verf. räth, diese Abgüsse im Taubstummenunterricht zu benutzen.

PAUL RAUGÉ.

127) **Gellé** (Paris). **Ueber die Luftbewegungen in der Mundhöhle während der Aussprache der Vokale. (Des mouvements de l'air intra-buccal pendant l'émission des voyelles.)** *Société de Biologie. 9. Februar 1900.*

G. hat Untersuchungen ausgeführt, die zeigen, dass der Mundhöhle nicht nur die Rolle eines Resonanzbodens zukommt, die ihr im Allgemeinen zugeschrieben wird.

Es ist die Luft selbst, die durch wechselnde Zusammenziehung und Ausdehnung die Vocallaute bildet.

G. hat sich davon überzeugt, dass thatsächlich in der vorderen Mundhälfte ein Luftstrom von hinten nach vorne läuft, und in der hinteren Partie ein solcher von vorne nach hinten.

Die Vereinigung der beiden Luftströme soll dann wirkliche Wirbel erzeugen und die Bildung der Vocale abschliessen. PAUL RAUGÉ.

128) **C. R. Hennig** (Posen). **Lerne gesundheitsgemäss sprechen.** Wiesbaden. Bergmann. 69 S. 1899.

Verf. widmet den ersten Theil (S. 1—30) seiner Brochure allgemeinen aufklärenden Bemerkungen über das Wesen der Sprechkunst. Die Grundlage der Sprechkunst ist die Sprechwissenschaft (Phonetik). Diese Wissenschaft ist nicht allein für den Sprachforscher wichtig, sondern eben so sehr für den Halsarzt und für den wissenschaftlich gebildeten Sprech- und Gesangslehrer. Diese beiden sollen sich die Hand reichen und gemeinsam daran arbeiten, der Missachtung und Vernachlässigung der Sprechkunst und dem daraus hervorgehenden Ruin zahlreicher Stimmorgane zu steuern. Mit vollem Recht beklagt Verf. das banausische Treiben vieler Halsärzte, die ohne Wahl jeden congestionirten Larynx pinseln und ätzen, ohne danach zu fragen, ob nicht verkehrte Anwendung des Organs die objectiv wahrnehmbaren Veränderungen erzeugt habe. Mit vollem Recht verlangt er auch, dass die Sprechkunst officieller Lehrgegenstand werde. Zunächst auf den Universitäten und den Lehrerseminaren. Hier wäre ein Stamm von phonetisch geschulten Lehrkräften heranzubilden, denen dann die Aufgabe zufiele, ihre Kunst weiter ins Volk zu tragen. Ist die Erkenntniss von der Wichtigkeit richtiger Stimmbildung für Gesundheit und Beruf einmal erst in das Bewusstsein der Menge gedrungen, dann würde gewiss das thörichte Ge-

singe in den Schulen aufhören, es würden nicht so viele Officiere, Lehrer, Prediger, Anwälte, Schauspieler u. a. m. vorzeitig aufgebraucht werden.

Der zweite Theil der Schrift enthält „Uebungen zur Pflege der Sprechorgane in gemeinfasslicher Darstellung“, die ohne Zweifel geeignet sind, intelligenten und eifrigen Schülern die Sprechkunst zu übermitteln.

Wir möchten die von Begeisterung für die gute Sache dictirte, mit grosser Sachkenntniss abgefasste Schrift den Fachgenossen warm empfehlen und sie auffordern, für eine weite Verbreitung nach Kräften zu sorgen. Man kann das mit gutem Gewissen thun, selbst wenn man in Einzelheiten die Ansichten des Verf.'s nicht theilt. Dergleichen Differenzen sind ja bei einer bisher so stiefmütterlich behandelten und der Ausarbeitung noch vielfach bedürftigen Wissenschaft und Kunst nicht verwunderlich.

ZARNIKO.

129) **H. Gutzmann** (Berlin). **Ueber Individualbilder bei der Untersuchung normaler und fehlerhaft gebildeter S-Laute.** *Mediz.-pädag. Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilk. Januar-Februar 1900.*

In einer ingeniösen Weise hat Gutzmann Curven von normaler und pathologischer S-Lautbildung aufgenommen, die uns deutlicher als Gehör und Gesicht über den fehlerhaften Bildungsmechanismus aufklären. Auch überzeugen die Curven den Patienten von dem, was er falsch macht. Spätere nach der Heilung aufgenommene Curven geben ihm die Gewissheit der richtigen Aussprache. Der Phonograph kann für solche Zwecke nicht gebraucht werden, da die Zischlaute zu wenig characteristisch wiedergegeben werden.

SEIFERT.

130) **Liebmann** (Berlin). **Die Sprachstörungen der Schulkinder.** *Die ärztl. Praxis. 6. 7. 1900.*

Liebmann giebt eine gedrängte Darstellung der Pathologie und Therapie der Sprachstörungen der Schulkinder, der Stummheit, des Stammelns, des Polterns, des Agrammatismus und des Stotterns.

SEIFERT.

131) **Hugo Zwillinger. Die Störungen der Singstimme.** Vortrag, gehalten in der 30. Versammlung ungarischer Aerzte u. Naturforscher. — *Orvosi hetilap. No. 3. 1900. Pester med. chir. Presse. No. 9 u. 10. 1900.*

Nachdem Verf. die aus falschen Unterrichtsmethoden resultirenden Störungen der Singstimme bespricht, beschäftigt er sich mit denjenigen mit Gewebsveränderungen einhergehenden Erkrankungen des Kehlkopfes, deren Einfluss auf die Singstimme von besonderer Bedeutung ist, als chronischer Catarrh, Pachydermie, Sängerknoten u. s. f. Hierauf behandelt er das Thema der Muskelparesen, deren Therapie, die Erkrankungen der Nase und deren Nebenhöhlen, soweit dieselben von diesem Standpunkt in Betracht kommen, und empfiehlt die, wenn auch nicht ganz einwandsfreie Eintheilung Flatau's.

v. NAVRATIL.

132) **N. Ketscher. Von Sprachstörungen bei Abdominaltyphus. (O rostroistwach retschi pri brjuschnom tife.)** *Bolnitsch. Gaz. No. 3—4. 1899.*

Eine vorherrschend literarische Arbeit. Es erweist sich, dass die Sprachstörungen sehr verschiedener Natur sein können. Sie werden vornehmlich durch

Störungen functioneller Art im Gehirn bedingt, ferner durch Thrombosen, Embolien und Anämien; vielleicht auch in Folge von degenerativen Veränderungen.

P. HELLAT.

133) **Liebmann** (Berlin). **Der Rhetacismus.** *Deutsche Aerzte-Zeitg. 6. 7. 1900.*

An der Hand einiger Krankengeschichten bespricht Liebmann die verschiedenen Formen des Rhotacismus und dessen Therapie.

SEIFERT.

134) **Halle** (München). **Ueber Störungen der Athmung bei Stotterern.** *Mediz.-pädag. Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilk. August 1900.*

Die Ergebnisse der Untersuchungen von Halle weichen in keiner Weise von denen der früheren Untersuchungen ab. Es fanden sich bei allen mit dem Pneumographen untersuchten Stotterern Störungen der Athmung, zum Theil sehr auffallender Natur, zum Theil nur weniger ausgeprägt, aber doch so, dass kein einziger eine Athmungscurve bot, wie der normalsprechende Mensch.

SEIFERT.

135) **Alb. Liebmann. Die Aetiologie des Stotterns, Stammelns, Polterns und der Hörstummheit.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. X. Heft 2. S. 306. 1900.*

Verf. giebt auf Grund seiner eigenen Beobachtungen eine Nachprüfung und Ergänzung der Angaben der bisherigen Autoren über die Aetiologie der obengenannten Sprachstörungen. Seine anregenden Ausführungen, die in mehrfacher Hinsicht — auch in therapeutischer — von Interesse sind, lassen sich im kurzen Referate nicht wiedergeben; Interessenten werden sie im Original nachlesen müssen.

F. KLEMPERER.

136) **R. Coen. Wesen und Behandlung des Stotterns. (The principales of stuttering; therapeutics.)** *Laryngoscope. Februar 1900.*

Das gewohnheitsmässige Stottern muss man betrachten als äusseren Ausdruck eines verringerten Luftdruckes in den Lungen, oder mit anderen Worten als eine Verminderung des Athmungsvermögens. Die Behandlung durch gymnastische Uebungen besteht in folgenden Bewegungen:

1. Tiefe anhaltende Inspiration.
2. Kurze Exspiration.
3. Allmählich verlängerte Exspiration.
4. Athemanhalten.

Die Regulirung der Stimm- und Sprachbildung ist der zweite Gesichtspunkt der Therapie.

Die Störungen der Innervation, welche als eine secundäre Ursache des Stotterns angesehen werden müssen, bilden das dritte Moment; Stärkung der Willenskraft das vierte und allgemeine Anregung das fünfte und letzte für die Behandlung.

EMIL MAYER.

137) **Paul Olivier. Das Stottern in der medicinischen Literatur. (Stammering in medical literature.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 24. u. 31. März 1900.*

Der Artikel ist von E. Minor ins Englische übertragen. Der Autor zieht folgende Schlussfolgerungen:

Stottern ist eine Coordinationsneurose. Es beginnt im Allgemeinen in der ersten Kindheit bei Personen, die hereditär nervös veranlagt sind, häufig im Anschluss an acute Emotionen. Es ist eine rein functionelle Störung, characterisirt durch eine krampfhafte Wiederholung gewisser Buchstaben und Silben. Respiration, Phonation und Articulation sind oder können getrennt sein mit gleichzeitigem unfreiwilligem Spasmus. Das Stottern ist intermittirend, wechselnd, abhängig von äusseren Umständen und zweifellos auch von atmosphärischen Bedingungen. Die unerlässliche Behandlung liegt in der Erziehung, die den Willen stärken soll.

EMIL MAYER.

f. Schilddrüse.

138) **Katzenstein. Ueber die Degenerationsvorgänge im Nervus laryngeus superior, Nervus laryngeus inferior und Nervus vagus nach Schilddrüsenexstirpation.** *Arch. f. Anat. u. Physiol. 1899.*

Degenerirt sind stets nur eine gewisse Anzahl von Nervenfasern. Die Schwann'sche Scheide liegt nicht mehr so straff der Nervenfaser an, seltener collabirt sie. Ihre Kerne sind häufig stark gekörnt und vergrössert; vielfach sieht man sie blasig aufgetrieben. Die Substanz der Markscheide erscheint aus unregelmässigen Schollen zusammengesetzt. Das Nervenmark zeigt eine verminderte Färbbarkeit in Osmiumsäure und knollige Auftreibungen; die Entwickelung des Bindegewebes ist sehr stark.

Nach Ausschaltung der Schilddrüse degeneriren die sie versorgenden secretorischen und vasomotorischen Nerven centripetal.

A. ROSENBERG.

139) **E. Klebs. Thyreoidextract bei Tuberkulose. (Thyroid extract in tuberculosis.)** *N. Y. Medical News. 6. Januar 1900.*

Der Autor verbreitet sich über die guten Resultate, die er bei der Tuberculose durch Anwendung ausgepressten Schilddrüsensaftes erhalten hat. Die Anwendung dieser Medication ist nicht empirisch gewonnen, sondern auf wohlgeleitete Experimente begründet. Es ist wohlbekannt, dass es viele Fälle von Tuberculosis giebt, in denen die Veränderungen in den Lungen sehr geringfügig sind, während die Hauptsymptome und Gefahr vom Magen herrühren. Die meisten dieser Fälle leiden an Achylia gastrica, begleitet von einer bisher wenig bekannten Atrophie der Thyreoidea. Klebs hat vorerst an Thieren experimentirt, denen die Schilddrüse exstirpirt war, und fand dieselben Magenverhältnisse, wie er sie bei der Tuberculose constatirt hat. Solche Thiere konnten bei flüssiger Diät während langer Zeit am Leben erhalten werden, während die Einführung von fester Nahrung fast unmittelbar von ernsten nervösen Erscheinungen gefolgt war. In der Folge seiner Untersuchungen exstirpirte er eine von den Schilddrüsen eines gesunden Hundes, der vorher sorgfältig gewogen war, indem er Lage und Maass der anderen Drüse möglichst genau bestimmte. Dann injicirte er dem Hunde subcutan Tuberkelgift in nicht tödtlicher Dosis in einiger Entfernung von dem Schilddrüsenrest. Nach 10—20 solcher Injectionen erhielt er die erwarteten Resultate

im Magen des Thieres. Der Mageninhalt wurde vermittelst einer Fistel untersucht. Das Resultat der Analysen war, dass man weder Salzsäure noch Pepsin fand. Die Schilddrüse wurde an Gewicht und Umfang fast auf die Hälfte ihrer ursprünglichen Dimensionen verringert befunden und die Colloidsubstanz war gänzlich verschwunden.

Die Epithelzellen waren in sich selbst unverändert aber im Lumen der Drüse zerstreut. In Folge dieser Resultate kam K. auf den Gedanken, tuberkulösen Patienten mit ernster Achylia gastrica frisch bereiteten Schilddrüsensaft zu verabreichen. Zum Beweis seiner Erfolge berichtet er von zwei Fällen, in welchen das Körpergewicht merklich zugenommen hatte, als Ergebniss der Schilddrüsenfütterung.

LEFFERTS.

140) **Stamm** (Hamburg). **Thyreoiditis acuta (idiopathica).** *Arch. f. Kinderheilkunde. XXVIII. Bd. 3. 4. Heft. 1900.*

Das von St. beobachtete 11jährige Mädchen hatte vor seiner Erkrankung keine Struma, erkrankte plötzlich (vor 14 Tagen) mit Fieber, Husten und einer Anschwellung am Halse. Diese zeigte sich von fester Consistenz, lag der Trachea dicht an und hatte diese etwas nach der linken Seite hingedrängt. Die Stimme war stark heiser. Nach zweitägiger antiphlogistischer Behandlung war die Geschwulst bedeutend kleiner geworden, die Heiserkeit geringer und nach 8 Tagen eine Vergrösserung der Schilddrüse nicht mehr nachweisbar. Es handelte sich hier offenbar um eine Thyreoiditis acuta primärer oder idiopathischer Natur.

SEIFERT.

141) **Michel Gangolphe** (Lyon). **Suffocativer Kropf. Tracheotomie, Isolirung und Hervorziehung der retrosternalen Partie. Dauercanüle während eines Jahres. Resultat nach $6^1/_2$ Jahren. (Goître suffocant. Trachéotomie, isolement et soulèvement de la partie plongeante rétro-sternale. Canule à demeure pendant un an. Résultats éloignés 6 ans $^1/_2$ plus tard.)** *Province médicale. 26. November 1899.*

Die Publication dieser Thatsache ist ein offenkundiger Prioritätsanspruch um die Operation, die später von Poncet und Jaboulay mit dem Namen Exothyropexie bezeichnet wurde.

Es handelt sich um eine Kranke, die in extremis wegen eines Kropfes operirt wurde, der eine Abplattung und völlige Erweichung der Trachea herbeigeführt hatte.

G. führte unter äussersten Schwierigkeiten die Tracheotomie aus, nachdem er einen Theil des Corpus thyreoideae nach oben und vorne verlagert hatte.

Das Resultat davon war, dass nach einigen Monaten die Schilddrüsenhypertrophie völlig verschwunden war, lediglich in Folge davon, dass die Drüse während der Operation geknetet und längere Zeit der Luft ausgesetzt war.

Diese Thatsache ist gewiss die erste, wo die einfache Luxation der Glandula thyreoidea zur Heilung der Struma genügt hatte. Aber es handelt sich hier nicht um eine reine und einfache Exothyropexie, da dieser gewöhnlich nicht die Tracheotomie folgt.

PAUL RAUGÉ.

142) **Morestin** (Paris). **Der Uebergang der Struma in Morbus Basedowii. (Le goitre basedowifié.)** *Congress de Chirurgie. 16.—21. October 1899.*

M. berichtet 2 Beobachtungen von ursprünglich einfacher Struma, wo nach und nach die Anzeichen eines Morbus Basedow eintraten.

Im ersten Fall handelt es sich um eine Frau, die eine alte Struma hatte und im Anschluss an ihr viertes Wochenbett alle Symptome einer Basedow'schen Erkrankung darbot, und durch Enucleation des Tumors geheilt wurde.

Der zweite Fall verlief ebenso, wurde gleichfalls operirt, aber mit weniger vollkommenem Erfolg.

PAUL RAUGÉ.

143) **Patel** (Lyon). **Kropf mit Uebergang in Basedow'sche Krankheit. Intraglanduläre Enucleation. Heilung. (Goitre basedowifié. Enucleation intraglandulaire. Guérison.)** *Société des sciences méd. de Lyon. 10. Januar 1900.*

Es handelt sich um eine Frau von 27 Jahren, die seit 2 Jahren an einer Struma cystica leidet, und erst seit 8 Monaten die Zeichen Basedow'scher Krankheit trägt. Injection der Augäpfel ohne Exophthalmus, Zittern, fliegende Hitze, Tachycardie (130 Pulse).

Keine cerebralen Symptome, kein Eiweiss, kein Zucker, kein Fieber.

Nach der intraglandulären Enucleation der Cyste, waren die Symptome erheblich gebessert.

PAUL RAUGÉ.

144) **A. C Klebs. Morbus Basedowii mit Trachealstenose und Recurrenslähmung. (Exophthalmic goiter with tracheal stenosis and recurrent paralysis.)** *Philad. Med. Journal. 20. Januar 1900. N. Y. Med. News. 27. Januar 1900. Journal Amer. Med. Association. 20. Januar 1900.*

Junger Mann von 22 Jahren, bei dem von den 3 Cardinalsymptomen nur die Struma ausgesprochen war. Der Puls wechselte zwischen 92—102; kein Exophthalmus. Stellwag'sches, Gräfe'sches und Moebius'sches Symptom fehlen. Dagegen leichter Tremor der Hände, Neigung zum Schwitzen, Palpitationen, nervöse Erregbarkeit und Kopfschmerzen vorhanden. Die Struma war ziemlich hart und comprimirte die Trachea. Linksseitige Posticuslähmung und dadurch erschwerte Athmung (Stridor) und Phonation. Keine deutliche Besserung nach 5 Wochen Ruhe. Jodpräparate und Faradisation hatten nicht viel Erfolg. Der Autor hielt theilweise Exstirpation der Struma für indicirt.

EMIL MAYER.

145) **Boinet** (Marseille). **Lähmungserscheinungen im Verlauf der Basedow'schen Krankheit. (Troubles paralytiques dans la maladie de Basedow.)** *Société médicale des Hôpitaux. 20. October 1899.*

Beobachtung einer Kranken, die im Verlauf einer Basedow'schen Krankheit vorübergehende Hemiplegie, dann Monoplegie des rechten Armes zeigte.

Man unternahm, ohne Erfolg, zunächst die Exothyropexie, die doppelseitige Resection des Sympathicus, und endlich die Thyreoidectomie.

PAUL RAUGÉ.

146) **Achard. Tabes und Basedow'sche Krankheit. (Tabes et goître exophtalmique.)** *Société de Neurologie. 7. December 1899.*

Vorstellung eines Kranken, der gewisse Symptome beider Affectionen vereinigt.

a) An Tabessymptomen: Romberg'sches Phaenomen, Bewegungsataxie, Westphal'sche Phänomen, gastrische Krisen, lancinirende Schmerzen.

b) An Basedowsymptomen: Exophtalmus, leichte Struma, dauernde Tachycardie. Kein Tremor.

Dieser Fall erinnert an die Discussionen, die sich 1888 im Anschluss an die von Barié und Joffroy berichteten Fälle erhoben. Zwei Meinungen machten sich damals geltend:

1. Die Basedow'sche Erkrankung ist ein Ausdruck der Mitbetheiligung von Bulbus und Pons an der Tabes.

2. Es existirt eine einfache Association der beiden verschiedenen Krankheiten.

In dem Fall A.'s scheint der Exophthalmus der Tabes lange vorausgegangen zu sein. Es handelt sich also wahrscheinlich um eine einfache Coincidenz.

PAUL RAUGÉ.

147) **L. Popow. Ueber einen Fall von Myxoedem, behandelt mit Schilddrüsenpräparaten. (Po powodu slutschaja miksedemi letschennawo preparatomi schtschitowidni jelesi.)** *Bolnitschnaja Gazeta. No. 1—3. 1899.*

Popow resumirt in einem längeren Artikel seine Anschauungen über den Fall, der in diesem Blatte bereits kurz referirt worden ist, dahin, dass die klinische Beobachtung uns folgendes lehrt: Die Schilddrüse liefert im Verlaufe des ganzen Lebens eine Substanz, welche nothwendig ist für den physiologischen Status quo des Organismus, für sein Wachsthum, seine Ernährung und die Regulirung seiner Functionen. Dieselbe Fähigkeit haben Schilddrüsensubtanzen, die von aussen in den Körper geführt werden.

P. HELLAT.

148) **L. Popow. Von der Bedeutung der Schilddrüse für den Organismus, besonders vom Standpunkte des Therapeuten. (O snatschenii schtschitewidnoi shelesi dlja organisma po preimuschtschestwu s totschki srenija terapewta.)** *Bolnitschnaja Gazeta. No. 5. 1899.*

Eine Festrede, in der die verschiedenen Hypothesen über die Function der Schilddrüse in klarer Form beleuchtet werde. Zum Referate nicht besonders geeignet.

P. HELLERT.

g. Oesophagus.

149) **Macé. Obliteration des Oesophagus beim Neugeborenen. (Obliteration de l'oesophage chez un nouveau-né.)** *Société d'obstétrique de Paris. 15. Februar 1900.*

Ein Neugeborenes, das 4 Tage lebte und an dem oberen Oesophagusabschnitt in der Höhe des ersten und zweiten Ringknorpels eine Obliteration des Oesophagus aufwies mit einem oberen sackförmigen und unterem mit der Trachea communicirenden Ende.

Der Darm war durch Gas aufgetrieben, wohl Luft, die aus der Trachea stammte.

PAUL RAUGÉ.

150) **Starck** (Heidelberg). **Die Divertikel der Speiseröhre.** Leipzig. F. C. W. Vogel. 1900.

Da sich seit dem Erscheinen der Zenker'schen Arbeit manches in der Frage der Oesophagusdivertikel geändert hat, da die Aetiologie auf Grund neuer Beobachtungen neu beurtheilt, eine Reihe von neuen Symptomen kennen gelernt, eine erfolgreiche Therapie geschaffen, neue Formen von Divertikeln beschrieben werden, war es ein Bedürfniss, eine Sammlung des gesammten klinischen und pathologisch-anatomischen Materiales über die Oesophagusdivertikel vorzunehmen. Unter Abwägung und Berücksichtigung alter und neuer Ansichten giebt Starck eine zusammenhängende Darstellung über dieses ganze Gebiet und liefert eine Reihe eigener klinischer, sowie pathologisch-anatomischer Beiträge zu diesem interessanten Kapitel. Im ersten Theil der Arbeit geht Verf. auf die Tractionsdivertikel ein, im zweiten Theil auf die Pulsionsdivertikel, unter welchen die Zenker-schen (pharyngo-oesophagealen) Pulsionsdivertikel obenan stehen. Den Schluss bildet die Besprechung der Pulsionsdivertikel des Oesophagus (oesophageales Pulsionsdivertikel). Abbildungen sind gegeben von einem Zenker'schen Divertikel und von einem oesophagealen Pulsionsdivertikel.

SEIFERT.

151) **John Knott. Die Dilatationen und Divertikel des Oesophagus. (The dilatations and diverticula of the oesophagus.)** *N. Y. Med. Record. 24. Februar 1900.*

K. theilt diese seltenen Anomalien ein in congenitale und erworbene und jede von diesen Gruppen in Uebereinstimmung mit Rokitanski in 3 Hauptformen. 1. Die cylindrische oder fusiforme, bei welcher ein grosser Theil der Länge des Rohres erweitert ist. 2. Die sacciforme, bei welcher eine oder mehrere Taschen gefunden werden, die alle Schichten der Oesophaguswand enthalten. 3. Die hernienartige, bei welcher die Schleimhaut allein erweitert ist, und, hindurchtretend durch die Muskelschicht ein Divertikel (oder Hernie) bildet. Es sind Illustrationen beigegeben; eine Fortsetzung folgt.

LEFFERTS.

152) **G. Killian. Die ösophagoskopische Diagnose des Pulsionsdivertikels der Speiseröhre.** *Münch. med. Wochenschr. No. 4. 1900. N. Y. Med. Record. 17. Februar 1900.*

Killian gelang es in 2 Fällen mit dem Oesophagoskop in die Speiseröhre und von dieser aus in den Sack zu gelangen und die anatomischen Verhältnisse genau zu übersehen. Es empfiehlt sich bei Schwierigkeiten der Einführung den Patienten Schluckbewegungen machen zu lassen. Zur Reinigung des Sackes empfiehlt sich eine einfache Saugpumpe (Patent Ingram).

SCHECH.

153) **Laroche. Perforation der Aorta und des Oesophagus. (Perforation de l'aorte et de l'oesophage.)** *Société anatomique. 29. December 1899.*

Anatomische Präparate eines Menschen, der plötzlich im Verlauf eines Dyspnoeanfalles einem Blutsturz erlag.

Es bestand eine Ulceration zwischen Oesophagus und Aorta, und L. legt sich die Frage vor, ob es sich um einen Oesophaguskrebs oder eine tuberculöse Drüse handelte, die in die beiden Wege gleichzeitig durchbrach.

PAUL RAUGÉ.

154) **Arthur G. Minshall. Ein Fall von traumatischer Strictur des Oesophagus behandelt durch elektrolytische Dilatation. (A case of traumatic stricture of the esophagus treated by elektrolytic dilatation.)** *The Philadelphia Medical Journal. 3. Februar 1900.*

M. berichtet über einen Fall von frischer Strictur in Folge einer Aetzung mit concentrirter Kalilauge; Heilung durch Electrolyse. EMIL MAYER.

155) **K. Lennander** (Upsala). **Ein Fall von Oesophagus- (Pharynx-) Polyp. (Ett fall af oesophagus- [pharynx-] polyp.)** *Nordisk Medicinsk Arch. Heft 1. 1900.*

51jährige Frau wurde am 1. XII. 1897 ins Spital aufgenommen. Seit ungefähr 2 Jahren hatte sie eine Geschwulst im Schlunde gefühlt, die bei Husten und Würgen nach oben glitt und beim Schlucken wieder nach unten ging. Schluckbeschwerden hat die Patientin nie gespürt. Vor 3 Wochen wurde sie heiser und wandte sich an die Poliklinik. Bei der dort vorgenommenen laryngoskopischen Untersuchung machte die Pat. eine starke Würgbewegung, wodurch die Neubildung nach vorn gepresst wurde, so dass sie aus dem Munde heraushing. Es zeigte sich, dass der Polyp mit einem kleinfingerdicken Stiele an der Grenze zwischen dem Pharynx und Oesophagus an der linken Seite inserirte. Der Stiel wurde ligirt und der Polyp galvanocaustisch abgeschnitten. Der Polyp war 9 cm lang; die mikroskopische Diagnose war Fibroma. Ein Jahr nach der Exstirpation konnte bei der laryngoskopischen Untersuchung keine Spur einer Neubildung nachgewiesen werden. SCHMIEGELOW.

156) **Rafin** (Lyon). **Oesophagusstenose. Gastrostomie. (Rétrécissement de l'oesophage. Gastrostomie.)** *Société de Méd. de Lyon. 29. Januar 1900.*

Ein Kranker von 60 Jahren, der an einer Oesophagusstenose durch Neoplasma leidet, wird von R. mit Erfolg nach Terrier gastrostomirt.

Nach 38 Tagen war sein Körpergewicht von 40 auf 47 kg gestiegen. R. betont die Gefahren der Sondirung und die Vorzüge einer schnellen Gastrostomie. PAUL RAUGÉ.

157) **H. Curschmann. Behandlung von carcinomatösen Oesophagus-Stricturen mit Dauersonden. (Treatment of carcinomatous oesophageal strictures with permanent sounds.)** *Therapie der Gegenwart. No. 1. 1900. N. Y. Medical Record. 17. Februar 1900.*

C. constatirt, dass im Falle erschwerter Deglutition bei Oesophaguscarcinom die regelmässige tägliche Sondirung angezeigt ist, und dass zeitweise Fütterung durch die Sonde den Kräftezustand und die Ernährung aufrecht erhält. Allmähliche Dilatation ist beim Carcinom nicht sehr wirksam. Dauersonden sind rathsam nur in Fällen von Stricturen im mittleren oder unteren Drittel; bei hoch oben gelegenen Stricturen ist chirurgische Intervention erfolgreicher. Wenn die Sonde gut liegt, ist die Fütterung leicht, vorausgesetzt, dass man nur flüssige und breiige Nahrung reicht. LEFFERTS.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Berliner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 18. November 1899.

Grabower nimmt in einer vor der Tagesordnung gemachten Bemerkung Bezug auf den in der letzten Sitzung von v. Zander vorgestellten Pat. mit Kehlkopfmuskel- und Accessoriuslähmung und erörtert die bisweilen vorhandene Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen der centralen und peripheren Lähmung.

Hierbei erinnert G. an den von v. Reusz publicirten Fall (Arch. f. Psych. XXXII), bei dem der anatomische Befund in allen Einzelheiten die Grabower-sche Anschauung von der ausschliesslichen motorischen Innervation des Kehlkopfes durch den Vagus, sowie seine Angaben bezüglich der Lage der Kerne des Accessorius und Vagus bestätigt.

Alexander: Die Knorpelgeschwülste des Kehlkopfes.

A. berichtet über drei hierher gehörige Fälle, zwei Chondrome der rechten resp. linken Schildknorpelplatte und ein drittes an der Ringknorpelplatte. Die in der Literatur niedergelegten sicheren Fälle, 26 an der Zahl, theilt er ein in: 1. Ecchondrosen mit a) schmaler (6), b) breiter Basis (7), 2. Chondrome (7), 3. Mischgeschwülste (5), 4. entzündliche Neubildungen (1); dazu kommen 3 Fälle von allgemeiner Hypertrophie der Kehlkopfknorpel. Mit dem Namen Chondrom bezeichnet er diejenigen Neubildungen, welche als wirkliche Geschwülste an die Stelle des Mutterknorpels treten, im Uebrigen aber alle Eigenschaften der in anders geartetem Gewebe sich entwickelnden Enchondrome, selbst deren Malignität aufweisen. (Fortsetzung in der nächsten Sitzung.)

Sitzung vom 15. December 1899.

Herzfeld demonstrirt einen Operationsstuhl, den er für Operationen in sitzender Stellung und Narkose benutzt; er kann leicht in eine horizontale Lage gebracht werden.

B. Fränkel demonstrirt eine von Gluck auf dem Wege der Pharyngotomia subhyoidea entfernte carcinomatöse Zunge; Pat. starb einen Tag p. o.; ein zweiter derartiger Pat. Gl.'s lebt und kann gut schlucken.

Herzfeld stellt einen 22jährigen Mann vor, der, in der Kindheit scrophulös, im 15. Lebensjahre Gelenkrheumatismus gehabt hat und seit 5 Monaten an der rechten Halsseite eine Anschwellung bemerkte, nach deren Auftreten sich bald Schluckbeschwerden und am Mundboden eine Geschwulst zeigten.

Es findet sich ein auf der Unterlage verschieblicher Tumor im Trigon. carotid. und ein zweiter im Mundhöhlenboden, der die Regio submentalis ausfüllte. H. hält diesen für ein Angiosarkom.

Alexander: Die Knorpelgeschwülste des Kehlkopfes. (Fortsetzung.)

Nach ausführlicher Beschreibung des histologischen Befundes dieser Neubildungen und der sich an ihnen vorfindenden degenerativen Veränderungen wendet sich A. zur Besprechung der Aetiologie, der Localisation, Grösse und Wachsthumsverhältnisse, sowie der subjectiven Symptome. Als wesentlich diagnostische Merkmale bezeichnet er, dass die Schleimhaut des Kehlkopfes in der Regel frei von jeder Erkrankung, dünn und blass, gespannt, von serosaähnlichem Aussehen ist, dass die Geschwulst selbst knorpelhart ist und mathematisch bestimmbare, eckigkantige Form hat. Er bespricht dann die Differentialdiagnose gegenüber dem Carcinoma ventricul., dem Gummi der Ventricularfalte und dem von aussen an den Larynx herantretenden und seine Knorpel mitergreifenden Carcinome.

Prognostisch wichtig ist die Entscheidung, ob es sich um eine Ecchondrose handelt oder um ein Chondrom, da erstere gutartig und oft interlaryngeal entfernbar sei, während letzteres bösartig und nur durch völlige Exstirpation des befallenen Knorpels resp. des Kehlkopfes auszurotten sei. Die Röntgenuntersuchung hält A. für ein werthvolles diagnostisches Mittel, das er selbst in seinen Fällen von Chondrom der Ringknorpelplatte zum ersten Male in Anwendung gezogen hat.

Der von ihm vorgestellte Fall ist inzwischen von v. Bergmann operirt worden; A. demonstrirt das durch die Totalexstirpation des Kehlkopfes gewonnene Präparat.

Schötz will nur immer so viel vom Kehlkopfe entfernt wissen, wie eben nöthig ist. Er habe vor 15 Jahren mit Böcker zusammen einen dem A.'schen äusserst ähnlichen Fall operirt — Entfernung des Ringknorpels unter Zurücklassung der Mm. postici. Nach der Operation legten sich die Stimmbänder beim Inspirium aneinander, sodass Pat. dauernd eine Canüle tragen muss. Pat. lebt heute noch, 75 Jahre alt, und ist völlig recidivfrei geblieben.

B. Fränkel redet der Totalexstirpation des Kehlkopfes das Wort; natürlich werde man dieselbe nicht unnöthig machen und, wenn möglich, sich auf die halbseitige Exstirpation beschränken.

Herzfeld: Ueber Nasencarcinome.

Die von H. beobachtete Pat. litt an starken Kopfschmerzen, Exophthalmus und später auftretendem blutig-schleimigen Nasenausfluss.

Die rechte mittlere Muschel war stark aufgetrieben, liess sich leicht durchstossen, wobei sie wenig Flüssigkeit entleerte. In der darauf folgenden Nacht Schüttelfrost, starker rechtsseitiger Kopfschmerz und Lidödem. Rechte Nasenhälfte von grossen Eitermengen ausgefüllt. Eröffnung der Stirnhöhle. Zwei Defecte am Boden resp. an der hinteren Wand, sodass die Dura sichtbar. Euphorie p. o. Abends Delirium, am nächsten Tage Exitus.

Die Section ergab: Meningitis und wallnussgrosse Höhle in der vorderen Schädelgrube, ausgefüllt mit Geschwulstmassen, die die Lamina cribrosa durchbohrt hatten. Ebenso ist das Siebbein von Geschwulstmassen ausgefüllt bis zur vorderen Keilbeinhöhlenwand, die sequestrirt war. Keilbein und Kieferhöhle mit

Polypen ausgefüllt. Tumor der linken Niere. Mikroskopische Diagnose: Plattenepithelcarcinom. Der Nierentumor bestand dagegen aus versprengten Nebennierenresten.

H. betont, dass Carcinome nicht so stark bluten wie Sarkome; auch hatte seine Patientin keine Drüsenschwellungen, keine Metastasen und keine fötide Secretion.

Moszkowski glaubt nicht, dass Carcinome vom Cylinderepithel der Nase entständen; die modernen Pathologen leugnen die Metaplasie des Epithels. Derartige Carcinome entständen aus fötalen Plattenepithelkeimen.

A. Rosenberg.

---

b) Laryngologische Gesellschaft zu London.

Sitzung vom 3. November 1899.

Präsident: F. de Havilland Hall.

Der Präsident bespricht den Verlust, den die Laryngologie durch den Tod von Prof. Störk (Wien) erlitten hat, der einer der frühesten und hervorragendsten Laryngologen der Welt und auch Ehrenmitglied der Gesellschaft war.

Furniss Potter demonstrirt das mikroskopische Präparat einer Geschwulst (Lymphangioma), die von dem rechten Taschenband eines Mannes von 40 Jahren abgetragen worden ist.

Das Präparat wurde dem Comité zur Untersuchung pathologischer Geschwülste überwiesen.

William Hill: Ein Fall von Verbreiterung der Nase.

Bei dem 8jährigen Knaben, der an congenitaler Lues leidet und bereits eine Nekrose des Septums und des Oberkiefers gehabt hat, entwickelte sich während des letzten Monats eine symmetrische weiche Anschwellung über den Nasenbeinen und den nasalen Fortsätzen der Stirn- und Kieferknochen. Die Deformität hat sich bereits über die halbe Stirn ausgebreitet.

William Hill: Fall von seitlicher Verbreiterung der Nase.

11jähriges Mädchen mit starker atrophischer Rhinitis und der gewöhnlichen Verkürzung des Septums. Neuerdings ist eine deutlich ausgesprochene Depression des Nasenbeins eingetreten, und der Processus nasalis des Oberkiefers steht als ein Vorsprung über dem eingesunkenen Nasenbein hervor.

St. Clair Thomson: 24jähr. Frau mit Anschwellung der Nase.

Die Kranke litt an Schmerzen in Stirn und Hinterkopf und verstopfter Nase. Der Nasenrücken war verbreitert. Als einzige pathologische Veränderung in der Nase war eine Vergrösserung der mittleren Muschel, die gegen das Septum drückte, zu constatiren. P. klagt über Kakosmie.

St. Clair Thomson: Junger Mensch von 15 Jahren mit Verbreiterung der Nase.

Die Nase war vergrössert, roth und entschieden weich, besonders in der Ethmoidalregion. Seit 12 Monaten klagt Patient über Kakosmie; im linken mittleren Meatus und auf dem Boden der rechten Choane ist etwas Eiter zu sehen.

Atwood Thorne: Diagnostisch zweifelhafter Nasenfall.

Knabe von 12 Jahren giebt an, vor 3 Monaten einen Schlag erhalten zu haben, der von einer reichlichen Hämorrhagie gefolgt war. 6 Wochen lang war der Nasenrücken angeschwollen.

Die Untersuchung ergab ein Gerinnsel und eine Perforation des knorpeligen Septums. Zeichen von Tuberculose und Lues fehlten.

Discussion der vorgestellten Fälle.

William Hill hält den Thomson'schen Fall für eine Periostitis und Perichondritis von mehr oder weniger acutem Charakter. Mehr als einmal entpuppen sich solche Fälle unerwartet als Syphilis.

Scanes Spicer spricht sich dahin aus, dass bei dem Knaben Thomson's der hyperplastische Zustand lediglich die Haut und das Unterhautzellgewebe zu betreffen scheint. Ein derartiger Zustand kann verursacht sein durch Oedem, welches nicht völlig verschwunden ist, durch reflectorische Congestion oder Stagnation des Lymphstromes.

de Havilland Hall erinnert sich einer Dame mit Röthung und weicher Schwellung der Nase, ohne irgendwelche Anzeichen einer Erkrankung im Innern der Nase. Bald danach entwickelte sich rapid ein Abscess, der zu Gewebszerstörung und starker Deformität führte.

Sir Felix Semon hat eine Anzahl von Fällen gesehen von Nasenverbreiterung, welche zweifellos langsam fortschreitende Periostitis und Perichondritis im Anschluss an Trauma darstellten. Er hat die äussere Anwendung von eiskaltem Wasser und Jodkalium innerlich als die beste Behandlungsmethode befunden.

Dundes Grant ist der Ansicht, dass der von Thomson vorgestellte junge Mensch ein Fall von vasculärer Anschoppung ist, welche durch Entfernung der grossen mittleren Muschel gehoben werden könnte. Wiederholte Folliculitis des Vestibulum führt zur gleichen Deformität. Den von Hill vorgestellten Fall sieht er als eitrige Infection der Nase an, ausgehend in einen atrophischen Zustand und Deformation der betroffenen Partien.

Fitzgerald Powell glaubt, dass eine latente Infection mit Tuberculose oder Syphilis durch das Trauma zum Ausbruch gekommen ist.

St. Clair Thomson kann nicht glauben, dass das Trauma in einer Anzahl der vorgestellten Fälle, die Frauen im mittleren Alter und andere Personen betreffen, die Verletzungen nicht ausgesetzt sind, die Ursache des Leidens bildet.

Hector Mackenzie: Larynxtumor bei einem 48jährigen Mann mit über 30 Jahre bestehender Stimmstörung.

Die Alteration der Stimme hat sich etwa im 10. oder 12. Jahre eingestellt

und ist seither unverändert geblieben. Patient spricht mit Fistelstimme schwach und heiser. Eine flache, glatte, röthliche Geschwulst sitzt an der Basis der Epiglottis gerade über der vorderen Commissur. Im Uebrigen war der Larynx normal. Der Patient klagt über Athemnoth, aber die Geschwulst verursacht keine Obstruction der Glottis. Die Frage wurde aufgeworfen, ob es rathsam sei, die Geschwulst, die wahrscheinlich ein Fibrom ist, zu entfernen. Der Vortragende ist geneigt, sie sich selbst zu überlassen.

Der Vorsitzende sieht ebenfalls keinen Grund zum Eingreifen.

Dundas Grant und Scanes Spicer sind für Entfernung mit der Schlinge.

Tilley ist der Ansicht, dass die Thatsache, dass Patient seit 35 Jahren seine mangelhafte Stimme hat, nur ein Grund mehr ist, sie ihm zu verbessern.

Hector Mackenzie wiederholt, dass nach seiner Ansicht die Geschwulst besser nicht berührt wird. Die Krankengeschichte eines Kindes mit plötzlichem Stimmverlust spricht eher gegen die Vorstellung, dass der Tumor die Ursache der Stimmstörung sei.

(Der Vorsitzende spricht sich später für die Entfernung der Geschwulst aus.)

Wyatt Wingrave: Fall von squamösem Epitheliom der linken Plica aryepiglottica bei einem 65jährigen Manne.

Es besteht Dysphagie seit 7 Monaten. Die Diagnose wurde durch das Mikroskop bestätigt.

Butlin betrachtet die Operation durch Entfernung nach Thyreotomie als wünschenswerth aber nicht sehr aussichtsreich.

Richard Lake: Mann mit ungewöhnlicher Einziehung der Nasenflügel.

Er stellt den Fall als Curiosität vor. Der Pat. bedient sich der Schmidtschen Tuben mit grossem Nutzen.

St. Clair Thomson betont, dass der Mann selbst bei Erweiterung des Nasenflügels mit dem Speculum noch kurzathmig ist. Er hat ein Herzleiden und nach Beobachtung des Vortr. werden Kranke, die gleichzeitig an Herzaffection und Verstopfung der Nase leiden, leicht sehr neurotisch.

Dundas Grant: Stimmbandgeschwulst wahrscheinlich cystischer Natur.

26jähriger Mann, der seit den letzten 4 Wintern über Heiserkeit klagt. In der Mitte der schwingenden Partie des linken Stimmbandes sitzt eine glatte, anscheinend cystische Geschwulst, welche erhebliche Aehnlichkeit mit einem Citronenkern hat.

Grant beabsichtigt die Incision und Cauterisation, wenn möglich aber die Entfernung der Geschwulst mit der Zange.

Tilley befürwortet die Entfernung mit der Zange.

Thomson hat einen ähnlichen Fall gesehen, der sich als ein Fibroma oedematosum erwies.

Spicer hält den Fall für ein Fibrom.

Waggett hat einen ähnlichen Fall operirt, welcher sich als eine mit squamösem Epithel überkleidete Cyste erwies.

Dundas Grant ist der Ansicht, dass der Sitz der Geschwulst in der Substanz des Stimmbandes für ihre cystische Natur spricht.

Dundas Grant: Fibropapillom des Stimmbandes mit Heiserkeit. Wiederherstellung der Stimme nach partieller Entfernung.

19jähriger Lehrer mit extremer Heiserkeit, die seit 2 Monaten besteht. Ein kleines Knötchen von Erbsengrösse an dem gewöhnlichen Sitz der Sängerknötchen, wurde mit der Zange entfernt und als Fibropapillom erkannt.

Waggett: Sarcom im Nasenrachenraum.

30jährige Frau mit einer seit 6 Monaten bestehenden Verstopfung der Nase und Bildung eines Knotens an der linken Halsseite. Ein Ohrenfluss auf der linken Seite hat sich kürzlich entwickelt. Der grössere Theil der seitlichen und hinteren Wand des Nasenrachenraumes ist eingenommen von einer röthlichen Geschwulst, die zum Theil ulcerirt ist. Die Geschwulst erstreckt sich bis zur Höhe des Velums herunter. Eine secundäre Geschwulst ist unter dem linken Sternocleidomastoideus zu fühlen. Der Fall wird als ein Sarcom aufgefasst.

Bond ist der Ansicht, dass die Operation bei dem Patienten nicht ohne Aussicht ist und jedenfalls später doch zu seiner Erleichterung nothwendig werden wird.

Spicer hat seit 2 Jahren einen 65jährigen Herrn in Beobachtung, der Anfangs an Verstopfung der Nase durch eine Exostose des Septums und Hypertrophie der Schleimhaut litt. Die linke Seite der Nase war durch Tumoren verschlossen, die für myxomatös oder fibromatös gehalten wurden ohne Verdacht auf Malignität. Ein Jahr nach der Operation trat die Verstopfung der Nase von Neuem ein und Butlin entfernte aus dem Nasenrachenraum eine sarcomatöse Geschwulst. Diesmal fand sich eine vergrösserte Drüse hinter dem Kieferwinkel vor. Aus Rücksicht auf das Befinden des Kranken wurde ihre Entfernung verschoben und sie wurde erst später excidirt von Bernhard (Samaden). Dieser fand nichts Malignes in der Drüse, sondern diagnosticirte Lymphadenitis mit eitrigen Herden. Der Pat. befindet sich jetzt wohl. Es ist fast unmöglich, sich eine zuverlässige Meinung durch die histologische Untersuchung der entfernten Stücke zu bilden. Drüsenanschwellungen deuten nicht immer auf Malignität.

Der Vorsitzende erinnert sich eines Falles von Sarcom, der für Adenoide gehalten wurde.

Atwood Thorne hat ähnliche Erfahrungen gemacht.

Waggett hält das Vorkommen solcher Fälle für viel zahlreicher, als es nach der spärlichen Literatur der Fall scheint. Er hat 4 Fälle während der letzten Jahre beobachtet; in zwei derselben wurde die Diagnose auf Adenoide gestellt.

(P. S. Es handelte sich um ein alveoläres Sarcom. Bei der Operation fand man die Keilbeinhöhle afficirt, und die primäre Geschwulst konnte nur durch eine sehr ausgedehnte Operation entfernt werden. Die secundäre Geschwulst wurde in

der darauffolgenden Woche in Angriff genommen, aber eine völlige Entfernung war wegen der Invasion der Processus transversi der Wirbelsäule ausgeschlossen. Die linke Carotis wurde ligirt. Die Krankheit schritt langsam und schmerzlos weiter, und der Kranke starb im April 1900. Section wurde nicht gemacht.)

Scanes Spicer: Laryngeale Perichondritis bei einem 26jähr. Mann mit Lungentuberculose.

Redn. hebt die Beschränkung der Erkrankung auf die rechte Larynxhälfte hervor. Es besteht eine beträchtliche Induration über der rechten Hälfte der Knorpel, Verlagerung des ganzen Organes nach links, starke ödematöse Infiltration in der rechten Seite des Kehlkopfinnern.

Waggett und W. R. H. Stewart: Extralaryngealer maligner (?) Tumor.

Eine Frau von 56 Jahren hat seit 18 Monaten Schmerzen in Hals, Brust und linkem Ohr. Im Juli konnte mit dem Spiegel nichts Abnormes gefunden werden. Im September entwickelte sich eine Parese des linken Stimmbandes, und im October Oedem der rechten Arytaenoidregion. Ein weisslicher Belag, der mit einer belegten Zunge Aehnlichkeit hatte, präsentirte sich auf der linken Pharynxwand und die Digitaluntersuchung ergab eine harte knötchenförmige Infiltration der linken linguo-epiglottischen Falte. Keine Drüsenschwellungen. Der Fall ist als malign und inoperabel anzusehen. Jodpräparate sind erfolglos angewandt worden.

Sitzung vom 1. December 1899.

Präsident: F. de Havilland Hall.

Sir Felix Semon: Ein diagnostischer Irrthum.

Redner berichtet von einem Herrn, den er zuerst October 1898 sah. Bei demselben war die Schleimhaut in der rechten Arytaenoidregion geschwollen und das rechte Stimmband stand in Cadaverstellung fest. Unter dem rechten Sternocleidomastoideus waren mehrere, ein wenig vergrösserte Drüsen zu zählen. In der Anamnese war in unsicherer Weise von einem Schanker die Rede, dem aber keine secundären Symptome gefolgt wären. Trotz grosser Dosen von Jod machte die Erkrankung während eines Monats Fortschritte. Die Diagnose wurde auf maligne Erkrankung gestellt und die vollständige Exstirpation des Larynx und der afficirten Drüsen ins Werk gesetzt. Bei Beginn der Operation wurde unerwarteter Weise eine ungemein grosse Zahl von Cervicaldrüsen erkrankt befunden und deshalb von der weiteren Operation Abstand genommen. 1 Jahr später kam Patient in voller Gesundheit wieder; nur stand das rechte Stimmband noch in Cadaverstellung. Pat. gab an, dass er ein Geheimmittel versucht hatte, welches reines Terpentin enthielt, und diesem Mittel schrieb er seine Heilung zu. Leider waren die paar Drüsen, die vor 1 Jahr bei der Operation entfernt waren, verlegt worden und der Untersuchung entgangen. Die Diagnose war aber ohne Zweifel falsch gewesen.

Der Vorsitzende berichtet von einem ähnlichen Fall, in welchem von einer wegen vermeintlichen Lippenkrebses bereits begonnenen Operation wieder Abstand genommen wurde. Der Patient genas völlig. Ob in solchen Fällen die Anwendung des Messers etwa in derselben Weise Nutzen bringt, wie bei tuberculöser Peritonitis?

Butlin hat in der Diagnose dieses Falles mit Sir Felix Semon übereingestimmt. Er ist erstaunt, weniger darüber, dass solche Fehldiagnosen gemacht werden, als vielmehr darüber, dass so oft die Diagnose des Larynxkrebses richtig gestellt wird.

St. Clair Thomson theilt die kurzen Notizen mit, welche er sich über diesen Fall, den er unabhängig von Semon sah, gemacht hat. Er berichtet auch über einen ähnlichen Fall, in welchem eine ausgedehnte Schwellung der Arytaenoidgegend mit nekrotischen Stellen unerwartet verschwand, ohne irgend eine specifische oder specielle Behandlungsmethode.

Spencer hat Drüsen auf der Membrana cricothyreoidea beobachtet, die wahrscheinlich als bösartig angesehen worden wären, wenn nicht vorher eine specifische Larynxerkrankung sichergestellt gewesen wäre.

Sir Felix Semon kann keine Analogie finden zwischen der Besserung der tuberculösen Peritonitis und den Erfahrungen an diesem Fall, wo nur ein paar Drüsen durch die Operation blosgelegt worden sind.

Fitzgerald Powell: Fall von Myxofibrom des Nasenrachenraumes.

17jähriger junger Mann, der seit 2 Jahren an Verstopfung der Nase leidet. Der Nasenrachenraum war erfüllt von einem weichen, röthlich-weissen, lappigen Tumor, welcher von dem hinteren Rande des Septums zu entspringen schien.

Tilley diagnosticirt Sarkom und räth Entfernung nach Tracheotomie und Spaltung des Velums.

Spencer hält den Fall nicht für maligne. Er hat kürzlich eine benigne Geschwulst operirt, welche sich nach auswärts in die Temporomalargegend hin erstreckte. Er entfernte denselben erfolgreich nach Abtragung der äusseren Wand der Nase und des Antrums.

Spicer hält die Geschwulst nicht für maligne und ihre Beseitigung durch die Schlinge für möglich.

Butlin hält den Tumor für ein Fibrom und den Verlauf für wahrscheinlich günstig. Er befürwortet Spaltung des Velums und Resection eines Theiles des Gaumens. Er spricht sich gegen die temporäre Resection des Kiefers in solchen Fällen und für einen Versuch der Entfernung durch die Nase aus.

Symonds ist für Entfernung durch den Mund, da solche Tumoren oft mit dem Finger ohne grosse Schwierigkeit von ihrem Sitz losgelöst werden können. Es muss an eine Verbreitung in die benachbarten Höhlen gedacht werden.

Bond schlägt Spaltung des Velums vor und hebt den Werth der Laryngotomie bei Abschluss des Larynxeinganges durch einen Schwamm hervor.

Powell schlägt die Laryngotomie vor und Spaltung des Gaumens vor Beseitigung der Geschwulst.

Bronner: Fall von recidivirenden Papillomen des Larynx.

B. demonstrirt Skizzen von einem Fall von blumenkohlartigen Papillomen bei einem Mann von 49 Jahren, sowohl vor als nach der Spraybehandlung mit Formalin. Nach 3monatlicher Spraybehandlung waren die Geschwülste zum grossen Theil geschwunden, und im Verlauf von 9 Monaten, während welcher der Spray einmal wöchentlich angewendet wurde, stellte sich kein Recidiv ein. Salicylsäure war in diesem Fall ohne Resultat angewendet worden. Formalinlösung war in der Stärke von 1/2000—1/250 benutzt worden.

Wyatt Wingrave: Acute Ulceration der Gaumentonsillen.

W. stellt einen Fall von Ulcus vor, wie er von Moure beschrieben ist. Der Hauptbefund von Mikroorganismen war ein schlankes Stäbchen, das sich mit Methylenblau schwach färbte.

Wyatt Wingrave: Parese des weichen Gaumens.

34jähriger Mann, der vor 14 Jahren syphilitisch wurde. Die Parese des Gaumensegels war mit anderen nervösen Symptomen vergesellschaftet. Deutliche Besserung unter Jodbehandlung.

Der Vorsitzende betrachtet den Fall als locale Neuritis.

Waggett: Geschwulst oder Granulom der Epiglottis.

Eine warzige Excrescenz an der hinteren Fläche der Epiglottis, verbunden mit Röthung, Schwellung und Unbeweglichkeit des einen Arytaenoidknorpels. Die Anamnese ergiebt Lues. (P. S. Der Fall wird durch die erfolgreiche Jodkalibehandlung völlig aufgeklärt.)

Butlin: Fall von Oesophagusdivertikel.

B. demonstrirt Präparate von dem fünften Divertikel, welches er entfernt hatte. Wie die anderen, war es gelegen an dem Uebergang von Oesophagus in den Pharynx und ragte nach der linken Halsseite nach hinten von dem Oesophagus hervor. Die Symptome bestehen bei der 59jährigen Frau seit 18 Jahren und kennzeichnen sich als: Zurückkommen von Partikeln unverdauter Nahrung ein oder mehrere Tage nach der Einführung; Entweichen von Gas und Nahrungsresten beim Druck; keine Abmagerung; Unmöglichkeit, eine Schlundsonde mehr als 9 Zoll weit hinter die Schneidezähne einzuführen. Grosse Schwierigkeit bestand beim Einführen des Schlundrohrs vom Mund aus in den Magen, auch nachdem das Divertikel von seiner Umgebung losgelöst und nach oben gezogen war. B. betrachtet dieses als wesentliches Manöver vor der endgültigen Beseitigung des Sackes und in dem einen unglücklichen Fall, den er mitgetheilt hat, giebt er der Unterlassung dieser Vorsichtsmaassregel die Schuld.

Pegler: Doppelseitige Abductorlähmung behandelt durch intramusculäre Injectionen von Quecksilberperchlorid.

22 jähr. Mann mit vorhergegangener Lues. Heilung im Gange.

Charters Symonds: Larynxtuberculose.

Vorstellung einer 48 j. Frau mit Lungentuberculose, bei welcher die intensive Röthung und Infiltration des ganzen linken Taschenbands und Stimmbands ein Epitheliom vortäuschte. Die mikroskopische Untersuchung eines Partikels an der ulcerirten Stelle bestätigt die Diagnose auf Tuberculose.

Clifford Beale bemerkt, dass Fälle von submucöser tuberculöser Infiltration ohne Läsion der Oberfläche oft lange Zeit hindurch unverändert bleiben, oder sogar kleiner werden. Er warnt vor der Verursachung einer Ulceration durch operative Maassnahmen in solchen Fällen.

Charten Symonds: Rhinolith.

Junge von 11 Jahren mit Symptomen von Katarrh seit erst 2 Monaten. Ein schon lange bestehendes Rhinolith wurde entfernt; die centrale Höhlung desselben war mit schmutzigen Massen erfüllt.

Dundas Grant: Tertiäre syphilitische Ulceration der Nasenflügel.

Eine langsam sich verbreitende Ulceration besteht seit 6 Monaten.

Dundas Grant: Tuberculöse Ulceration des Pharynx und der Unterlippe.

Das Ulcus der Lippe war wahrscheinlich durch secundäre Infection verursacht.

Stewart: Schwellung in der Gegend des Nasenrückens.

Ein Fall von chronischer traumatischer Anschwellung mit Oedem der unteren Augenlider. Jodkali und locale Application von Eis während 10 Tagen hatte keinen rechten Erfolg.

C. A. Parker. Ulceration der Nasenflügel.

Die Diagnose schwankt zwischen Lues und Tuberculose.

Roughton: Ein Fall von Aphonie zweifelhafter Art.

Pegler richtet die Aufmerksamkeit auf die Verminderung der vitalen Capacität bei gewissen hartnäckigen functionellen Aphonien und hofft die Wiederherstellung der Coordination der Respirations- und Phonationsmuskeln durch Besserung der mangelhaften Athmungsmethodik zu erreichen.

Der Vorsitzende ist derselben Ansicht.

de Santi: Ein Fall von doppelter Uvula.

Fitz Gerald Powell: Tuberculöse Laryngitis bei einem 31 jähr. Mann.

Ein Fall mit hochgradiger Röthung, Infiltration und Ulceration des Larynx, die Dyspnoe verursachen. Der Arytänoidknorpel war fixirt, ein gestielter Tumor sass in der hinteren Commissur. Es bestand eine unzweifelhafte Lungentuber-

culose. Redner hält den Fall für ein syphilitisches Ulcus mit späterer tuberculöser Infection.

Ernest Waggett.

---

c) Gesellschaft Ungarischer Ohren- und Kehlkopfärzte.

Sitzung vom 25. Mai 1899.

Vorsitzender: v. Navratil.
Secretär: Polyák.

Zwillinger: Diaphragmabildung im Kehlkopfe.

Z. stellt eine 21 Jahre alte Kranke vor, welche sich mit einem Rasiermesser den Hals durchschnitt. In Folge entzündlicher Schwellung und hierdurch verursachter Athemnoth musste die Tracheotomie gemacht werden. Nach 3 Wochen konnte die Canüle entfernt werden. Nach Verlauf von weiteren 5 Wochen athmete Patientin in sitzender Ruhe ohne merkbares Geräusch, bei Bewegung hingegen ist ein mässiger inspiratorischer Stridor wahrnehmbar. Die Narbe am Halse ist 7 cm lang und verläuft in horizontaler Richtung zwischen oberem Schildknorpelrand und Zungenbein. Die Spiegeluntersuchung ergiebt, dass die Glottis zum grössten Theile durch eine, einer normalen Schleimhaut gleichenden Membran verlegt, resp. gedeckt ist, in welcher sich nach hinten eine dreieckige Lücke befindet, deren Basis die Interarytaenoidalregion bildet, die obere Spitze des Dreieckes entspricht beiderseits den Giessbeckenknorpeln. Die aryepiglottischen Falten sind beiderseits gut zu unterscheiden. An der Stelle, wo dieselben in die Taschenbänder übergehen, beginnt das Diaphragma. Das Diaphragma folgt den Conturen des linken Giessbeckenknorpels, denselben einhüllend; ein starker Strang entspringt von der Spitze des linken Santorinknorpel und bildet den linken Schenkel des Dreieckes, während der rechte Schenkel ebenfalls vom rechten Aryknorpel gebildet wird, dessen innere Fläche aber etwas weiter nach aussen sich ansetzt. Die Spitze bleibt hier frei. Während der Phonation rücken die beiden Schenkel des Dreiecks an die Medianlinie, und schliessen die entstandene Glottis spuria, die beiden hinteren Schenkel des Diaphragmas bewegen sich den Stimmbändern ähnlich. Die Giessbeckenknorpel sind in ihren Bewegungen wenig behindert. Nach dem Gesagten ist anzunehmen, dass durch den Schnitt die Membrana hyothyreoidea getroffen, der Kehldeckel in seinem unteren Antheile durchschnitten und die Taschenbänder verletzt wurden. Als einzuschlagende therapeutische Maassnahmen kamen in Betracht die Dilatation, welche Vortragender in diesem Falle seit einigen Wochen mit sehr gutem Erfolge anwendet, ferner die Durchtrennung des Diaphragmas und endlich eventuell Thyreotomie und Excision.

v. Lénárt: Operirter Fall von Kehlkopftuberculose.

Der Fall wurde vor der Operation am 16. März vorgestellt. Lénárt exstirpirte mit der Krause'schen Doppelcurette die Infiltration sammt dem umgebenden etwas verdickten Schleimhautsaume in der Ausbreitung eines Zehnpfennigstückes, bis zum Muskel und weiter unten nahe zum Knorpel. Patient ertrug die Operation

vorzüglich, die Blutung war unbedeutend. Der Kehlkopf zeigte während des ganzen Heilungsprocesses keine Reaction. Die Stimmbänder bewegen sich frei, die Stimme ist kräftig, das Schlucken unbehindert, der constante Hustenreiz hörte auf.

v. Navratil: Ueber Larynxresection bei Carcinom auf Grund geheilter Fälle.

Der Vortrag wurde in extenso in „Orvosi Hetilap No. 16" publicirt und vom Vortragenden selbst schon referirt.

v. Lénárt! Hauttransplantation nach Thiersch auf die Schleimhaut des Kehlkopfes und der Luftröhre.

Wurde in der Publication der unter der Leitung des Herrn Prof. v. Navratil stehenden II. chirurgischen Abtheilung des St. Rochus Spitals zu Budapest unter dem Titel „Sebészeti adatok 1900" veröffentlicht und wird später referirt werden.

Stipanits: Neoplasma sinus maxillaris dextri.

37 Jahre alter Mann giebt an, dass seine rechte Wange seit 8 Monaten angeschwollen ist. Die rechte Gesichtshälfte erscheint dem Sinus maxillaris entsprechend hervorgewölbt. Die rechte Nasenhöhle ist etwas breiter, als die linke. Die Sonde dringt gegen den Sinus ein, eine ziemliche Blutung verursachend. Auch lässt sich ein rauher Knochen anfühlen. Bei der Durchleuchtung des Sinus bleibt die rechte Gesichtshälfe dunkel. Reaction negativ.

Baumgarten: Tuberculom des Septum narium.

42jährige Frau bemerkt seit 7 Monaten neben häufigem Nasenbluten, dass die rechte Nasenseite undurchgängig wird. Rechterseits ganz vorne sitzt eine graue, die ganze Nasenhöhle ausfüllende, über mandelgrosse Geschwulst auf dem Septum, die bei Berührung blutet. Die Geschwulst wurde mit dem scharfen Löffel entfernt und erwies sich als Tuberculom. Bacillen wurden jedoch nicht gefunden, auch sind die Lungen frei.

Sitzung vom 15. October 1899.

Vorsitzender: v. Navratil.
Secretär: Polyák.

1. v. Lénárt stellt eine syphilitische Veränderung der Zunge vor. Er fand nebst einem typischen syphilitischen Geschwür der Unterlippe erbsengrosse, papillomartige Knötchen am Zungenrücken, deren klinisches und mikroskopisches Bild vollkommen dafür spricht, dass diese keine Condylome, sondern wirkliche Hypertrophien sind.

Baumgarten hält den Fall für organisirte Condylome.

2. v. Navratil stellt eine Granulation in der Luftröhre vor, welche nach einer — vor 18 Jahren gemachten — Tracheotomie entstand. Bei dem 66 Jahre alten Patienten wurde im Jahre 1882 auf der Abtheilung des Vorstellenden in Folge von Perichondritis laryngis post typhum eine Tracheotomie ausgeführt. Der Kranke wollte das Decanulement nicht abwarten und verliess einen

Monat später mit der Canüle das Spital. Seit dieser Zeit meldete er sich nicht wieder, bis er sich im October 1899 von Neuem auf die Abtheilung aufnehmen liess. Er suchte deshalb Hilfe, weil sich am Rande der Trachealöffnung eine Geschwulst bildete, welche ihm das Tragen der Canüle erschwerte Der Befund war folgender: An der linken Seite der äusseren Trachealöffnung ist eine circa mandelgrosse, consistente, nicht ganz ebene, nicht gestielte, unbewegliche, theils mit Epithel bedeckte, theils unbedeckte, schmerzlose Geschwulst vorhanden. Vortragender hält die Geschwulst für eine Papillargeschwulst.

3. Baumgarten stellt Condyloma lata am Zungenrücken vor und behauptet neuerdings, dass Lénárt's papilläre Hypertrophien nichts anderes als auch Condyloma lata seien.

Sitzung vom 7. November 1899.

Vorsitzender: v. Navratil, später Lichtenberg.
Secretär: Polyák.

1. v. Navratil stellt das mikroskopische Präparat des in der vorigen Sitzung demonstrirten Granuloms der Luftröhre vor. Man findet hier eine starke Ueberwucherung des Hornepithels, kleinzellige Infiltration des interstitiellen Gewebes und der Papillen, aber eine echte Heterotopie; ein Criterium der Malignität konnte man nicht finden.

2. v. Navratil stellt dann einen tracheotomirten Kropfkranken vor. Der 44jährige Patient hat am Halse eine zwei mannesfaustgrosse Struma, welche die Luftröhre stark nach rechts schiebt und Dyspnoe und des Nachts Erstickungsanfälle verursacht. Wegen Zunehmen der Cyanose wurde am 29. November 1899 mit Infiltrationsanästhesie die tiefe Tracheotomie gemacht. 3 Wochen nach der Operation athmete Patient bei verstopfter Canüle leicht. In solchem Falle begnügt sich Vorsteller vorerst mit der Tracheotomie und macht nicht auch zugleich die Kropfexstirpation, denn es kam ihm schon oft vor, dass der Kropf sich nach der Tracheotomie derart verkleinert hat, dass die Entfernung überflüssig war. Wie sie sich hier verhalten wird, wird Vortragender seiner Zeit referiren.

3. Baumgarten trägt über einen Fall vor, wo bei einem 20jährigen Mädchen eine Exostose im inneren Augenwinkel, — als eine consecutive Erscheinung eines Empyems der Siebbeinzellen und der Stirnhöhle — entstand. Das Zustandekommen der Exostose erklärt Vortragender dadurch, dass vom Druck des Eiters in den Nebenhöhlen die Knochenlamellen des Siebbeins aufgetrieben wurden. Nachdem das vordere stark geschwollene Ende der linken mittleren Muschel abgetragen wurde, sah man dicken Eiter sich in die Nase entleeren und die Knochenlamellen gingen an ihre frühere Stelle zurück.

Polyák macht die Bemerkung: er nehme die Diagnose Siebbeinempyem an, aber es ist gar kein Beweis vorhanden für ein Empyem der Stirnhöhle.

Baumgarten meint, die grosse Menge des entleerten Eiters und die Empfindlichkeit der Stirn auf Percussion sprechen für dieselbe.

4. Polyák stellt das mikroskopische Bild eines sog. blutenden Polypen vor, welches Zwillinger von der knorpeligen Scheidewand der rechten Nase eines

50jährigen Mannes entfernte. Das mikroskopische Präparat spricht dafür, dass dieser sog. Septumpolyp nichts anderes, als eine papilläre Hypertrophie der Septumschleimhaut ist. (Papilläre Structur und hochgradige Hypertrophie der Epithelialschicht.) Die Neigung zu stärkeren Blutungen wird durch seinen Gefässreichthum und durch die exponirte Lage erklärt.

5. Polyák stellt ferner ein mikroskopisches Präparat einer theilweise lipomatösen accessorischen Tonsille vor. Er meint, hier liegt ein im embryonalen Alter abgeschnürter Tonsillartheil vor, welcher später unter dem Einflusse von Reizungen vergrössert wurde, das Bindegewebe hypertrophirte, später traten hyaline und adipose Entartungen auf.

v. Navratil.

IV. Briefkasten.

Personalnachrichten.

In Tokio ist eine Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten errichtet und der Leitung unseres werthen Mitarbeiters, Prof. Okaka, unterstellt worden.

Dr. Rufus P. Lincoln †.

Am 27. November starb Dr. Rufus P. Lincoln (New York) im Alter von 59 Jahren. In Belchester, Mass. im Jahre 1841 geboren, besuchte Dr. Lincoln zunächst das Seminar in Williston, graduirte vom Amherst College im Jahre 1862 und trat unmittelbar darauf als Secondelieutenant in das 37. Massachusetts Freiwilligenregiment ein, in welchem er bis zum Ende des Bürgerkrieges diente und dessen Oberst er schliesslich wurde. Später diente er im Stabe des Generals D. A. Russell, und nach dessen Tode bis zum Ende des Krieges unter General Wheaton. Er wurde zweimal verwundet, zuerst in der Wildernessschlacht und dann bei Spottsylvania.

Nach dem Ende des Krieges studirte er Medicin am New Yorker College of Physicians and Surgeons und promovirte zwei Jahre später vom Horvard Medical College, Boston. Sodann brachte er zwei Jahre im Massachusetts General Hospital zu, und begann 1869 in New York zu prakticiren. Er übte seine ärztliche Thätigkeit bis zum Beginn seiner letzten Krankheit aus. Sein Tod erfolgte nach einer Operation wegen Appendicitis, derselben Krankheit, die im Jahre 1890 seinen einzigen Sohn dahingerafft hatte.

Dr. Lincoln widmete seine Aufmerksamkeit hauptsächlich den Krankheiten des Halses und war 1887—1888 Präsident der amerikanischen laryngologischen Gesellschaft.

Seine Laufbahn war insofern eine ungewöhnliche, als er sich fast ausschliesslich mit praktischer Thätigkeit befasste, ohne einen derjenigen Wege einzuschlagen, auf welchem die Mehrzahl der wissenschaftlichen Aerzte Ruf und Stellung erlangt, wie durch die Leitung einer öffentlichen Klinik, durch Lehrthätigkeit, oder durch Beiträge zur Fachliteratur. — Gelegentlich aber veröffentlichte er Artikel in Zeitschriften, die stets von Werth waren.

Dr. Lincoln war ein Mann, der den Respect, das Vertrauen und die Zuneigung seiner Collegen und des Publikums in seltenem Grade genoss.

G. M. Lefferts.

Druck von L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XVII. Berlin, Februar. 1901. No. 2.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege etc.

1) **R. Fick** (Leipzig). **Notiz über einen M. sternalis.** *Archiv f. Anatomie und Physiologie. 1899.*

Derselbe besteht aus einer queren dreifingerbreiten Platte, die eine oberflächliche Pectoralisschicht darstellt, und einer verticalen, dem gewöhnlichen „Sternalis“ entsprechenden Muskelplatte, die sich vor dem dritten Rippenansatze am Brustbein vereinigen. Der Muskel empfängt einen längeren Zweig von den Brustnerven, aber auch Zweige vom dritten und zweiten Zwischenrippenraum.

A. ROSENBERG.

2) **A. Oppel. Athmungs-Apparat.** *Ergebnisse der Anatomie und Entwicklungsgeschichte von Merkel u. Bonnet. VIII. Bd. 1898. Wiesbaden 1899.*

Der Verfasser giebt zunächst eine sehr ausführliche Uebersicht der anatomischen und entwickelungsgeschichtlichen Literatur über den Athmungsapparat besonders aus den Jahren 1897 und 1898; doch finden auch Arbeiten aus den Jahren 1896 und 1899 Berücksichtigung. In seiner referirenden Besprechung behandelt O. den Athmungsapparat der niederen Wirbelthiere; die äussere Form des Athmungsapparates der Säugethiere, sowie dessen feineren Bau (Drüsen, Bindegewebe, elastische Elemente, Musculatur, Bau der Lungenläppchen); endlich die Entwicklung des Athmungsapparates.

R. SEMON.

3) **B. Birnkoff. Ueber die Wirkung einer gleichzeitigen Reizung beider Vagusnerven auf das Athemcentrum.** Aus dem physiol. Laboratorium d. Univers. in Petersburg. — *Archiv f. Anatom. u. Physiol. 1899.*

Es befinden sich im Vagusstamm nur Fasern einer Art, welche indifferent die Reizung zum Centrum leiten, wo die Ursachen gebildet werden, welche zur Hervorrufung des in- oder exspiratorischen Effects führen.

Vielleicht gehen die Fasern des Vagus zu einem besonderen, die Athmung zurückhaltenden Centrum, welches unter normalen Bedingungen und bei Reizung durch schwache Ströme die Thätigkeit des Inspirationscentrums hemmt, aber bei starken Strömen gelähmt ist und die Fähigkeit der Einwirkung auf das Inspirationscentrum verliert, wodurch das letztere seine volle Thätigkeit entfalten kann.

A. ROSENBERG.

4) **F. Schenk. Ueber Athemreflexe bei Apnoë und Dyspnoë.** Aus dem physiol. Institut in Würzburg. — *Pflüger's Archiv. LXXIX. 1900.*

Die Versuche Sch.'s haben folgende Resultate gefördert:

1. Der reflectorische Athemstillstand in Exspirationsstellung, der nach Einblasen von schädlichen Gasen in die Nase auftritt, ist in der Apnoe nicht weniger deutlich, manchmal sogar deutlicher zu erhalten als in der Eupnoe. Das diesen Vorgang vermittelnde Centrum ist daher in der Apnoe nicht unerregbar.

2. In der Apnoe und Eupnoe ist der reflectorische Athemstillstand deutlicher ausgesprochen und hält länger an als in der Dyspnoe. Das Centrum für den Reflex erscheint daher in der Apnoe und Eupnoe relativ erregbarer als in der Dyspnoe.

3. Nach Vagusdurchschneidung macht sich der Einfluss der Dyspnoe auf diesen Reflex gerade so geltend wie bei unversehrten Vagusnerven.

A. ROSENBERG.

5) **M. Lewandowsky. Versuche zur Kenntniss der Wirkung des Diacethylmorphin (Heroin).** Aus dem physiol. Institut der Universität Berlin. — *Arch. f. Anat. u. Physiol. 1899.*

Die Ansicht Dreser's über den Nutzen der durch Heroin erreichten Verlängerung der Inspiration bei Krankheiten ist hypothetisch und berücksichtigt nicht die quantitativen Verhältnisse. Eine erhebliche Vertiefung der Einathmung bestreitet L. nach seinen Versuchen; die Inspiration wird vielmehr nicht wesentlich, sicher aber nicht specifisch geändert.

Die Wirkung des Heroin besteht in Verlangsamung der Athmung, die ihrerseits bedingt ist nicht durch Aenderung der Inspiration, sondern der Exspiration, und zwar durch Verlängerung der exspiratorischen Pause. Die Reflexerregbarkeit des Athemcentrums, sowie die Erregbarkeit gegenüber dem Kohlensäurereiz wird durch Heroin herabgesetzt.

A. ROSENBERG.

6) **H. Dreser** (Elberfeld). **Ueber den experimentellen Nachweis der Vertiefung und Verlangsamung der Athemzüge nach therapeutischen Heroingaben.** *Pflüger's Archiv. LXXX. 1900.*

Die Verlangsamung der Respirationsfrequenz und die Vertiefung des einzelnen Athemzuges, sowie die Verlängerung der Inspirationsdauer besteht, trotzdem es von anderer Seite bestritten wird, thatsächlich und sind auch von einigen Autoren klinisch bestätigt worden.

A. ROSENBERG.

7) **C. G. Santesson. Einiges über die Registrirung der Heroinathmung.** Aus dem Carolinischen Institut zu Stockholm. — *Pflüger's Archiv. LXXXI. 1900.*

Das Heroin vergrössert auch in kleinen Gaben beim Kaninchen lange nicht

constant die einzelnen Respirationsvolumina; die Lungenventilation wird herabgesetzt.

A. ROSENBERG.

8) **E. Impens** (Brüssel). **Ueber die Wirkung des Morphins und einiger seiner Abkömmlinge auf die Athmung.** *Pflüger's Archiv. LXXVIII. 1900.*

I.'s Versuche ergaben, dass unter allen Substanzen der Morphingruppe Heroin mit der geringsten Dosis auf die Athmung wirkt; es folgen Morphin, Dionin, Codein. Die Gefahr beim Gebrauch des Heroin ist eine viel kleinere wie bei den anderen Präparaten; seine Wirkung ist eine viel stärkere und gleichmässigere.

Die Energie der Einathmung sowohl, wie das Volumen jedes Athemzuges werden durch Heroin bedeutend erhöht; die anderen Mittel haben eher eine entgegengesetzte Wirkung.

Heroin vermindert den Sauerstoffconsum und wirkt sedativ auf die Athmung; Codein und Dionin erhöhen meistens den Sauerstoffverbrauch.

Morphin lähmt die Empfindlichkeit des Athemcentrums für den Kohlensäurereiz, ähnlich Codein; Dionin, Paronin und Heroin lähmen diese Empfindlichkeit nicht.

A. ROSENBERG.

9) **H. Winternitz. Entgegnung auf die obige Mittheilung.** *Pflüger's Archiv. LXXX. 1900.*

W.'s Versuche beweisen, dass unter der Einwirkung des Heroins die Erregbarkeit des Athemcentrums erheblich abnimmt.

A. ROSENBERG.

10) **Eug. Felix. Die oberen Luftwege in ihrer Beziehung zu den verschiedenen Krankheiten. (Les voies aeriennes supérieures dans leurs rapports avec los differentes maladies.)** *Semaine médicale. 27. Juni 1900. Wiener med. Blätter. No. 27—29. 1900.*

Allgemeine Uebersicht, in welcher Verf. die verschiedenen Symptome studirt, die sich in Nase, Hals und Larynx im Verlauf von nervösen Erkrankungen, Diathesen, Eruptionsfiebern etc. geltend machen können. Die ziemlich ausführliche Arbeit bringt dem Specialisten nichts Neues.

A. CARTAZ.

11) **Arnoldo Cantani. Die Bakteriologie der Influenza. (The bakteriology of influenza.)** *N. Y. Med. Record. 2. Juni 1900.*

C. hält es für höchst unwahrscheinlich, dass der Influenzabacillus in dem Munde gesunder Individuen anzutreffen ist. Selbst bei solchen, die an chronischem Katarrh leiden, wird er nur nach einem überstandenen typischen acuten Influenzaanfalle gefunden. Ist er einmal eingedrungen, so ist er von bemerkenswerther Persistenz und tritt in häufigen Recidiven hervor. Die specifische Natur des Bacillus ist unbestreitbar. Es scheint aus C.'s Versuchen hervorzugehen, dass die Intoxication bei dieser Erkrankung auf einem Gift beruht, welches in den Leibern der Mikroorganismen enthalten ist. Es giebt Erkrankungen, die durchaus der Influenza ähnlich sehen, aber von ganz anderen Bakterien verursacht werden. Diese sowohl, wie die typischen Bakterien werden am besten im Sputum und Nasensecret gefunden.

LEFFERTS.

12) **Karslake Tasker. Influenza beim Hunde. (Influenza in the dog.)** *N. Y. Med. Journal. 17. Februar 1900.*

Die Beziehungen der Menschen zu niederen Thieren hinsichtlich der Uebertragung von Erkrankungen scheinen sich mehr und mehr zu klären. Es ist noch nicht lange her, dass Niemand an die Rolle des Pferdes bei der Uebertragung des Tetanus und der Kuh bei Verbreitung der Tuberculose dachte. Neuerdings erklärt T. (cit. nach der December-Nummer des Journ. of comparative Medicine and Veterinary Archives), dass nach seiner bestimmten Ansicht eine gewisse „neue Erkrankung beim Hunde", die jetzt in Grossbritannien aufgetreten ist, Influenza ist. Er hält dafür, dass die Influenza jedes Thier befallen kann. Seiner Ansicht nach ist sie indessen nicht so übertragbar vom Thier auf den Menschen, als von diesem auf das Thier. Hoffen wir, dass dies sich als wahr erweist! LEFFERTS.

13) **Herman B. Sheffield. Influenza bei Kindern. Ein Beitrag zum Studium der Influenza bei Kindern mit speciellem Bericht über die Behandlung mit benzoesaurem Natron. (Influenza in children. A contribution to the study of influenza in children, with special reference to its treatment with Sodium Benzoate.)** *N. Y. Med. Journal. 30. Juni 1900.*

Das Hauptinteresse der Arbeit liegt in der Anwendung dieses Mittels. Die Erfahrungen des Verf.'s gingen aus von einer Beobachtung vor 5 Jahren an einem Kinde mit schwerer Attaque von acutem Gelenkrheumatismus, die unter Anwendung von benzosaurem Natron und Salol sehr schnell zur Heilung kam. Ermuthigt durch die Thatsache, dass grosse Dosen dieses Mittels von Kindern so gut vertragen werden, entschloss sich Verf. zu seiner Anwendung in einer Influenzaepidemie, die damals gerade herrschte. Die Resultate waren hervorragend befriedigend, da die meisten Symptome in 48 Stunden beseitigt waren. Bei Behandlung eines mittelschweren Falles von Grippe verordnet er:

Rp. Natr. benzoic.
Salol
Acetanilid ana 0,09
Coffeïni 0,013.

M. f. Pulvis. Ein Pulver alle 3 Stunden für ein 6jähriges Kind; bei grossen Schmerzen und Schlaflosigkeit fügt man noch 0,005 Codeini sulfuric. zu jedem Pulver hinzu.

In Verbindung mit dem Natr. benzoic. innerlich ordinirt er stets die Inhalation von Tinct. benzoic. compos., welche einen vorzüglichen antiseptischen, expectorationsanregenden und antispasmodischen Effect hat.

Gelegentlich sind Leinsamen-Cataplasmen und Expectorantien indicirt. Wo Verdauungsstörungen vorherrschen, wird zweckmässig Calomel gegeben. Nervöse Symptome, wie extreme Reizbarkeit und Convulsionen, weichen gewöhnlich prompt der Medication von Natrium bromat. und Chloral. Immerhin giebt es auch unter der Benzoebehandlung einige wenige Fälle, welche Sedativa und Hypnotica verlangen. Wenn der Husten sehr protrahirt ist, ordinirt Verf. kleine Dosen Creosot mit Glycerin, Alkohol und einem angenehmen Corrigens. Besondere Aufmerksamkeit verdienen die Complicationen leichter und schwerer Art, und es muss daran

erinnert werden, dass bei der Influenza gerade auf anscheinend geringfügige Kleinigkeiten die Aufmerksamkeit gerichtet werden muss, da von diesen aus oft Gefahr droht.

LEFFERTS.

14) **Faure. Naso-pharyngeale Infectionen im Gefolge der Grippe. (Des infections nase-pharyngées consécutives à la grippe.)** *Société méd. des Hôpitaux. 27. April 1900.*

F. betont die Häufigkeit dieser Complicationen und räth, sie mit Antistreptokokkenserum zu behandeln.

Bender und Béclère bekämpfen diese Behandlungsweise.

PAUL RAUGÉ.

15) **Petrucci** (Parma). **Ein Beitrag zur Casuistik der Haemorrhagien bei Influenza.** Vortrag in der Assoc. med. chir. di Parma. Sept. 1900. — *Wiener med. Presse. No. 39. 1900.*

P. verweist auf die relative Häufigkeit von Hämorrhagien u. A. auch in der Trachea, im Larynx und in der Nase — die im Verlaufe einer Influenza auftreten und in manchen Fällen das Krankheitsbild beherrschen, sodann auch die Differentialdiagnose gegen Typhus, Dysenterie, Purpura haemorrh. etc. erschweren. P. sah einige tödtlich verlaufende Fälle dieser Art und regt an, bei Influenzafällen mit Hämorrhagien bacteriologisch zu untersuchen. Vielleicht führen diese Untersuchungen zur Feststellung einer gesonderten Influenzaform — der hämorrhagischen.

CHIARI.

16) **M. Gelineau. Epilepsie durch Influenza verursacht. (Epilepsy due to influenza.)** *N. Y. Med. Journal. 7. April 1900.*

G. lenkt die Aufmerksamkeit auf eine Form von Epilepsie, die im Gefolge von Influenzaanfällen auftritt. Die Epilepsie kann verursacht werden durch Veränderungen des Blutes in Folge des Eindringens der Krankheitskeime oder von punktförmigen cerebralen Hämorrhagien. Experimentell wurden durch intracerebrale Injectionen von Influenzabacillen Erguss in die Ventrikel und herdförmige Hämorrhagien verursacht. Die Aetiologie ist immerhin noch ein dunkles und hypothetisches Gebiet. Der Autor will nur die Aufmerksamkeit auf eine Form von Epilepsie im Gefolge der Grippe richten, die theils zur Jackson'schen Form, theils zur genuinen Epilepsie in Beziehung steht.

LEFFERTS.

17) **T. Edward Herrman. Hautsymptome bei der Influenza, beobachtet in der gegenwärtigen Epidemie. (Skin manifestations of influenza observed in the present epidemic.)** *N. Y. Med. Journal. 17. Februar 1900.*

Die Eruptionen, die Verf. am häufigsten beobachtet hat, ähneln denjenigen bei Scharlach, Masern und Herpes.

LEFFERTS.

18) **J. E. Crawford. Influenza. (Influenza.)** *Journal Americain Med. Assoc. 27. Januar 1900.*

Zur Behandlung dieser Erkrankung empfiehlt Verf. 2—4mal stündlich eine Pille folgender Zusammensetzung:

Rp. Acetanilid 0,12
Coffein. 0,03
Camphor. monobrom. 0,06
Capsici 0,03.

Mit Salol hatte er keinen Erfolg; Chinin, Eisen und Strychnin wurde gegen die Herzschwäche angewandt:

Rp. Tct. Strophant. gtt. III
Tct. Cact. grandifl. gtt. XII.
3—6mal in 24 Stunden.

EMIL MAYER.

19) **Neisser** u. **Kahnert** (Stettin). **Ueber eine Gruppe klinisch und ätiologisch zusammengehöriger Fälle von chronischer Erkrankung der oberen Luftwege.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 33. 1900.*

Die Verf. beschreiben zunächst 5 Fälle, die folgendes einheitliche Krankheitsbild darboten: Es bestand eine überaus chronische, in einigen Fällen anscheinend im Anschluss an eine acute Erkrankung, einmal im Anschluss an Diphtherie entstandene Erkrankung mit regelmässigen sommerlichen Remissionen. Befallen war die Schleimhaut des Nasenrachens, des ganzen Rachens bis zum Kehlkopf, zum Theil noch tiefer in die Trachea hinein. Auch die Nase war in einigen Fällen betheiligt. Atrophie der Schleimhaut mit Follikelschwellung und Production reichlichen zähen Schleims mit Neigung zur Eintrocknung und Krustenbildung, Trockenheit im Halse bis zur Schmerzhaftigkeit und Heiserkeit waren die Hauptmerkmale der Erkrankung. Nirgends Narben, Verwachsungen oder tiefergreifende Processe. In allen Fällen wurden nahezu in Reincultur Bacillen gefunden, die in allen wesentlichen Punkten (Form und Lagerung, Färbung nach Gram und M. Neisser, Säurebildung) mit dem Löffler'schen Diphtheriebacillus übereinstimmten.

In zwei Fällen waren diese Bacillen virulent gegenüber Meerschweinchen, in den übrigen Fällen nicht. In zwei von diesen letzteren zeigte die Untersuchung des Blutserums (im Frankfurter Institut für Serumforschung), dass hier ein bedeutender Antitoxingehalt vorhanden war, der sich nur aus der vitalen Einwirkung echter Diphtheriebacillen herleiten liess. — Nach allem diesen gelangen die Verff. dazu, die beschriebene Erkrankung der oberen Luftwege als eine Folge der Infection mit den gefundenen echten Diphtheriebacillen anzusehen. — Bemerkenswerth ist, dass Injection von Heilserum in allen Fällen erfolglos blieb.

ZARNIKO.

20) **Redact. Bemerkung. Zur Unterdrückung von Erkältungen. (To arrest a cold.)** *N. Y. Medical Journal. 17. Februar 1900.*

Rp. Tincturae Gelsemii gtt. II
Extr. liquid. Ergot. gtt. V
Aqua camphorat. gtt. 15,0

Sofort nach Wahrnehmung der ersten Anzeichen der Erkältung 1stündl. zu nehmen. Dies wird 12 Stunden fortgesetzt, wobei Patient sich zu Hause und in der Wärme hält. Viele Erkältungen werden auf diese Weise schnell coupirt.

LEFFERTS.

21) **Frank Woodbury. Behandlung einer gewöhnlichen Erkältung. (Treatment of a common cold.)** *Journal Amer. Med. Assoc. 10. März 1900.*

In der Absicht, direct auf das nervöse Element bei der Erkältung einzuwirken, hat W. in den letzten 2 Jahren eine Combination von Acetanilid, Natriumbromat und dem Morphin. compos. pulver. der U. S. Pharmakopoe angewandt. Diese Mischung wird in kleinen Dosen von 1 oder 2 Decigramm gegeben. Die Anwendungsweise soll einen cumulativen Effect erzielen dadurch, dass die Pulver oder Capseln halbstündlich gegeben werden, bis 4 genommen sind, und dann alle 1—2 Stunden eines, bis der gewünschte Effect erreicht ist. Die procentische Zusammensetzung wird je nach dem Charakter der Symptome verändert. Wo Neuralgie oder Muskelschmerz im Beginn der Erkältung vorhanden ist, giebt Verfasser 0,18 Bromnatrium, 0,21 Morph. comp. und 0,12 Acetanilid. Wo ernsthafte locale Symptome bestehen und die Nasensecretion sehr stark ist, bevorzugt er folgende Zusammensetzung:

Rp. Pulv. Morphini comp. 1,2
Acetanilid 0,36
Natr. bromat. 0,6.
M. Divide in caps. No. XII, halbstündlich, bis 4 Pulver genommen sind, dann zweistündlich.

Dies coupirt gewöhnlich die Erkältung in wenigen Stunden.

EMIL MAYER.

22) **Walter A. Wells. Indicationen zur constitutionellen Behandlung der catarrhalischen Affectionen der oberen Luftwege. (Indications for constitutional treatment of catarrhal affections of the upper air passages.)** *N. Y. Medical Record. 21. April 1900.*

Eine sorgfältige und interessante Arbeit, die wegen der Bedeutung des Gegenstandes Aufmerksamkeit verdient und im Folgenden ausführlich wiedergegeben werden soll.

Die Bedingungen für Katarrhe der oberen Luftwege sind so gewöhnlich und ihre Behandlung oft so unbefriedigend, besonders in unseren Klimaten, dass es ausserordentlich wichtig ist, die zu Grunde liegenden Ursachen kennen zu lernen, welche für den localen Zustand prädisponiren.

W. giebt eine werthvolle Uebersicht über die constitutionellen Erkrankungen, welche leicht eine Ursache abgeben für diese katarrhalischen Zustände, sowie Gesichtspunkte für die Behandlung, welche er als erfolgreichste befunden hat. Nach seiner Ansicht kann die locale Störung als secundäre Folge eines constitutionellen Leidens angesehen werden, wenn 1. keine entsprechende locale Ursache vorhanden ist; 2. directe Localbehandlung erfolglos bleibt; 3. die katarrhalische Entzündung zu Tage getreten ist nach der gleichzeitig bestehenden allgemeinen Störung; 4. katarrhalische Entzündungen in anderen Körperpartien hervortreten; 5. wenn als Ursache angenommene Störung genügt zur Erklärung des localen Affects, und 7. wenn die Behandlung des Grundleidens den localen Katarrh bessert.

Nach W.'s Ansicht können Hauteruptionen, wie Herpes, Urticaria und Pemphigus als wirkliche Reflexneurosen nasalen Ursprungs vorkommen und anderer-

seits können sie auch die primäre Ursache für Nasenerkrankungen abgeben. Der Gastrointestinaltract ist zweifellos verantwortlich zu machen für viele Nasenkatarrhe und es empfiehlt sich sorgfältige Berücksichtigung desselben in allen hartnäckigen Fällen. Pepsin, Salzsäure und Nux vomica, nach den Mahlzeiten verabreicht, sind oft sehr wirksam. Die Obstipation ist ebenfalls von Wichtigkeit, sie wird nach mehreren Autoren in befriedigender Weise beseitigt durch Schwefelpräparate. Flatulenz wird am zweckmässigsten mit Diät, Massage und gymnastischen Uebungen behandelt, wenn nöthig, mit einer Medication wie: Pepsini pur., Pancreatinext. ana 2,0, Pulv. carb. liqu., Bism. subgallat. ana 4,0. M. f. charta XII. S. 1 Pulver vor den Mahlzeiten.

Herzkrankheiten verursachen häufig eine locale Anschoppung, und es muss sorgfältig darauf untersucht werden. Wanderniere und Affectionen der Sexualorgane bei der Frau sind oft verantwortlich zu machen für sympathische Erkrankungen von Nase und Hals. Hysterie verschlimmert oft die locale Enzündung und bei gleichzeitiger örtlicher Behandlung wird der hysterische Status vielleicht am günstigsten beeinflusst durch Elektricität, Bäderbehandlung, Wechsel der Umgebung und Trennung von allzu theilnahmsvollen Freunden.

Gicht oder neuro-arthritische Diathese spielt ohne Zweifel eine wichtige Rolle in vielen hartnäckigen Halserkrankungen und macht ziemlich charakteristische Symptome. Der weiche Gaumen, der Rachen und die hintere Pharynxwand weisen einen Zustand hochgradiger Anschoppung auf, der schon mehr einer Schwellung nahekommt. Es bestehen gewöhnlich intensive Röthung, Halsschmerzen, Schluckbeschwerden, Schmerzen in den Halsmuskeln. Auch der Larynx wird betheiligt und man kann gichtische Ablagerungen im Cricoarytaenoidgelenk und an den wahren Stimmbändern finden. Local ist Thiol, 2—4proc. in Glycerin, werthvoll, aber die Allgemeinerkrankung muss gleichzeitig durch Salicyl- und Jodpräparate und Alkalien behandelt werden.

Gewicht ist zu legen auf die „sympathische Diathese", worunter die Dispositon für Reflexstörungen in verschiedenen Körperregionen verstanden wird, wie sie sich so oft in Anfällen von Heufieber, Migräne, Asthma u. s. w. äussert. Der Localerkrankung wird oft zu grosse Wichtigkeit beigelegt und die zu Grunde liegende Allgemeinstörung, die wahrscheinlich auf vasomotorischen Ursachen beruht, übersehen. Am meisten sind die Sedativa, wie Brom, Opium, Chloral, Amylnitrit und Nitroglycerin beliebt. Gegen das Heufieber empfiehlt Verf. in Ergänzung der Localbehandlung:

Rp. Zinc. phosph. 0,003
Chinin. sulf. 0,02
Extr. belladonnae 0,006.
S. 1 Pille vor jeder Mahlzeit.

Neurasthenie legt oft den Grund zu derartigen nervösen Störungen, indem die geringsten Veränderungen die Symptome aufs Höchste steigern. Ruhe, Massage, Elektricität und Wechsel der Umgebung sind dabei wichtig. Die Glycerophosphate sind vielleicht das wirksamste Medicament zur internen Medication bei Neurasthenikern.

LEFFERTS.

b. Nase und Nasenrachenraum.

23) **G Martuscelli** (Neapel). **Experimentelle Studien über den Bulbus olfactorius. (Ricerche sperimentali sui bulbi olfattivi.)** *Archiv. Ital. di Laring. Januar 1900.*

Die Arbeit wurde auf dem IV. Congress der Ital. Gesellschaft für Laryngologie, Otologie und Rhinologie in Rom October 1899 vorgetragen. Der Verfasser untersucht, wie der Nervus olfactorius auf Reize verschiedener Art und Intensität reagirt. Er fand, dass die Zerstörung der peripheren Neurone durch chemische nnd sonstige Mittel einen ausgesprochenen Einfluss auf die centralen Zellen hat, und dass nach der Operation der einen Seite der Bulbus der anderen Seite in Mitleidenschaft gezogen wird. Bei Thieren, bei denen der Galvanokauter angewandt worden war, waren die Bulbuszellen vollständig in ihrer Form verändert und zerstört. Wo Chromsäure angewandt worden war, erhielt sich die Form der centralen Zellen mehr oder weniger. In den Fällen, wo die Schleimhaut mit dem scharfen Löffel abgeschabt war, waren die centralen Läsionen am wenigsten deutlich.

JAMES DONELAN.

24) **D. Schermers** (Loosduinen). **Ueber den Geruchsinn. (Over het reukzinting.)** *Geneeskundige Courant. No. 1. 1900.*

Histologische Beschreibung des peripherischen Geruchsorgans, sowie der Nervenbahnen des Geruchs.

H. BURGER.

25) **Vaschide** u. **von Melle. Eine neue Hypothese über die Natur der physikalischen Bedingungen des Geruchs. (Une nouvelle hypothèse sur la nature des conditions physiques de l'odorat.)** *Académie des Scienc. 26. Dec. 1899.*

Man war bisher allgemein der Ansicht, dass der Geruch bedingt ist durch den Contact der Endigungen der Geruchsnerven mit mehr oder weniger losgelösten Partikeln von Riechstoffen.

V. und M. sind der Ansicht, dass die Geruchsempfindung verursacht ist durch Wellenbewegungen analog denjenigen, die die Lichtempfindung hervorrufen. Diese Hypothese basirt auf folgenden Beweisführungen:

a) Die sinnlichen Eindrücke sind gemeinhin verursacht nicht durch den Contact mit einem Körper, sondern vielmehr durch Schwingungen der umgebenden Medien.

b) Die Geruchsnerven haben ihren cerebralen Ursprung in der Nähe des Nervi optici.

c) Die riechenden Substanzen verlieren weder an Gewicht noch Volumen.

d) Die Eigenschaft der Stoffe, den Geruch zu absorbiren, variirt mit der Farbe dieser Stoffe.

e) Die Ermüdung des Geruchsinnes bezieht sich nur auf einen einzigen Geruch, gleichwie die Retina ausschliesslich ermüden kann für bestimmte Strahlen.

PAUL RAUGÉ.

26) H. Zwaardemaker (Utrecht). **Die Riechkraft von Lösungen differenter Concentration.** *Arch. f. Anat. u. Physiol. Heft 5 u. 6. 1900.*

Beim Vanillin und anderen Riechstoffen zeigt sich mit steigender Concentration eine Riechkraftabnahme, deren Ursache in der Dichte des Riechstoffes in der Aspirationsluft selber liegt.

A. ROSENBERG.

27) H. Zwaardemaker (Utrecht). **Die Compensation von Geruchsempfindungen.** *Arch. f. Anat. u. Physiol. Heft 5 u. 6. 1900.*

Bei Combinirung schwacher Riechreize tritt völlige Compensation, bei Combinirung intensiver Reize ein Wettstreit derselben ein. Der Uebergang liegt jedoch verschieden hoch, und manchmal wird er nicht einmal erreicht.

Beim Wettstreit ruft jeder der verwendeten Reize, wenn man ihn unmittelbar nach Beendigung des Versuches gesondert einwirken lässt, eine unendlich viel intensivere Empfindung hervor als während des Wettstreits. Die gesondert stark empfundenen Reize heben sich bei gleichzeitiger Einwirkung gegenseitig fast auf, und nur der zufällig kleine uncompensirt bleibende Rest gelangt zur Wahrnehmung.

A. ROSENBERG.

28) H. Zwaardemaker (Utrecht). **Die Riechkraft von Lösungen differenter Concentration.**

29) H. Zwaardemaker. **Die Compensation von Geruchsempfindungen.**

30) H. Zwaardemaker. **Qualitative Geruchsmessung, nach gemeinschaftlich mit C. Reuter angestellten Versuchen.**

31) C. Reuter (Ems). **Cocain-Hyperosmie.** *Onderzoekingen Physiol. Laborator. Utrecht. V. Serie. II. Lief. 1. Utrecht 1900.*

Mit unermüdlichem Fleiss verfolgt Zwaardemaker seine olfactologischen Forschungen und die Verbesserung der olfactometrischen Apparate. Die erstere Arbeit bringt die interessante Thatsache, dass die Intensität des Geruches durchaus nicht immer dem Concentrationsgrade einer riechenden Lösung proportional ist, ja dass sogar öfters eine grössere Dichte weniger intensiven Geruch schafft als eine geringere. So liegt für Lösungen von Vanillin in Glycerin die Reizschwelle

für Lösung 1 : 1000 bei 3mm Cylinderlänge des Riechmessers,
„ „ 1 : 750 „ 1 „ „ „ „
„ „ 1 : 100 „ 4 „ „ „ „
„ „ 1 : 75 „ 100 „ „ „ „

während die Lösung 1 : 50 fast gar keinen Geruch zeigt. Z. beweist, dass die Ursache der Riechkraftabnahme mit steigender Concentration nicht im Apparat als solchen, sondern in der Eigenart jedes Riechstoffes gelegen ist. Es scheint für jede Riechstofflösung ein Optimum der Concentration zu existiren, von dem an sich die Riechkraft sowohl nach oben als nach unten verringert.

Z. beschreibt einige Verbesserungen, die er am Olfactometer angebracht hat, und eine Anzahl neuer sehr präciser Riechschwellenbestimmungen. Die Arbeit über Compensation von Geruchsempfindungen knüpft an die G. Heymans'sche Abhandlung üer psychische Hemmung an (Z. f. Psych. u. Physiol. der Sinnesorg.

Bd. XXI). Z. will die Heymans'sche Auffassung der Reizschwellenerhöhung durch störende Nebenerfindungen in die Olfactometrie einführen. Ausführlich bespricht er die technischen Bedingungen, die bei diesen Versuchen erfüllt sein müssen. Es kam darauf an, das Verhältniss zweier Gerüche zu bestimmen, wobei sich Compensation oder Wettstreit derselben zeigte. Dann lässt sich einer der Reize ein wenig vergrössern und eine gewisse Breite bestimmen, innerhalb welcher noch Wettstreit der Gerüche möglich ist, bis an einem Punkt immer der eine Geruch überwiegt: die erhöhte Schwelle. Z. beschreibt eine Anzahl hierhergehöriger Versuche. Als Regel fand er bei gewissem Verhältniss der Gerüche völlige Compensation bei Combinirung schwacher, Wettstreit bei Combinirung intensiver Reize. Diese Versuche sind noch keineswegs abgeschlossen. Schon jetzt geht aus denselben zur Evidenz das Ergebniss hervor, dass rein olfactive Reize einander gegenseitig abschwächen können.

In der dritten Arbeit werden die jüngsten Verbesserungen am Riechmesser beschrieben, namentlich die verticale Aufstellung der Cylinder auf einer Fussplatte.

Die Untersuchungen Reuter's, wobei er mit Milchzucker verriebenes, reines, salzsaures Cocain in die Riechsphäre einblies, ergaben, dass der Cocainanosmie nicht nur, wie Zwaardemaker 1889 festgestellt hat, eine Hyperästhesie des Olfactorius vorausgeht, sondern dass sie auch durch einen hyperosmischen Zustand abgeschlossen wird. 5 Minuten nach der Einblasung des Cocains war eine deutliche Steigerung der Riechschärfe nachzuweisen, die nach 25 Minuten einer erheblichen Abstumpfung des Sinnes Platz machte. Nach einer weiteren Stunde liess der anosmische Zustand allmälig nach und ging 6—7 Stunden nach der Einblasung in Hyperosmie über.

H. BURGER.

32) **V. Saxtorph Stein** (Kopenhagen). **Rhinologische Functionsuntersuchungen. Olfactometrische Technik. (Rhinolologiske Funktionsundersógelser. Olfaktometrisk Teknik.)** *Hospitals-Tidende. p. 1068 u. ff. 1900.*

In der sorgfältigen Arbeit giebt Verf. eine Uebersicht über die moderne olfactometrische Technik, wie sie insbesondere von Zwaardemaker entwickelt ist; er zeigt dann, wie man sich selbst ein gewöhnliches Kautschukolfactometer herstellen kann und giebt eine Beschreibung der verschiedenen von Zwaardemaker und Reuter empfohlenen Olfactometer, die nothwendig sind, wenn man eine genaue klinische Untersuchung durchzuführen wünscht.

Am Schlusse seiner Arbeit stellt Verf. das Resultat von 25 olfactometrischen Untersuchungen bei rhinologischen Patienten zusammen.

SCHMIEGELOW.

33) **Bett. Entwicklung des Geruchsinns. (Development of the sense of smell.)** *N. Y. Medical Journal. 19. Mai 1900.*

Verf. berichtet von einem ihm befreundeten Patienten, welcher mit verbundenen Augen und bei allen Vorsichtsmaassregeln gegen etwaige Täuschung, im Stande war, nur mit seinem Geruchsinn ihm bekannte Personen zu erkennen und sie bei Namen zu nennen und zwar in dem Augenblick, wo sie ins Zimmer eintraten, auf Entfernung von einigen Schritten. Die Versuche wurden mehrfach variirt, aber der Betreffende stellte stets mit der untrüglichen Sicherh...

eines Bluthundes die Identität einer jeden ihm vorgeführten Person fest. B. citirt andere Fälle von ähnlicher Sicherheit des Geruchsvermögens. Nach der Aussage dieses Mannes hat jede Familie ihren charakteristischen Geruch, derselbe variirt aber seiner Intensität nach genügend unter den Mitgliedern derselben, um jedes einzelne unterscheiden zu lassen. LEFFERTS.

34) **Redact. Mittheilung. Die Eigenschaften des Geruchs und Geschmacks. (The properties of edor and taste.)** *N. Y. Med. Journal. 23. Juni 1900.*

Die Chemie des Zuckers giebt vielleicht einen Fingerzeig in der Frage, warum Zucker süss ist; denn die Süssigkeit hängt unzweifelhaft als specifische physikalische Eigenschaft mehr ab von der Constitution oder Structur als von der procentischen Zusammensetzung. Geruch ist eine subjective und relative Erscheinung und gegenwärtig können wir noch nicht sagen, was den charakteristischen Geruch verschiedener Substanzen bedingt. Die chemische Zusammensetzung von Terpentin oder Rosenöl ist identisch mit der einer grossen Menge anderer Essenzen, d. h. der procentische Antheil und die Art der Elemente in diesen Körpern ist gleich. Aber niemand kann behaupten, dass Terpentin oder Nelkenöl so lieblich riecht, als Rosenöl. Es handelt sich hier um eine Frage, die wahrscheinlich in Beziehung steht zur Anordnung der Atome im Molekül. Zweifellos bestimmt eine Differenz in der relativen Stellung der Atome eine grosse Differenz im physikalischen Charakter. Mit anderen Worten, die Elemente darin sind dieselben, aber sie sind sozusagen in verschiedenen Körpern gleicher Zusammensetzung in einer Weise angeordnet, dass sie verschiedene Formen repräsentiren. So kann z. B. ein gegebenes Gebäude eine gewisse Anzahl Bausteine enthalten und ein hässliches Aeusseres darbieten; und dieselbe Zahl von Steinen kann in einem anderen Gebäude mit künstlerischer und gefälliger Erscheinung erhalten sein. — Zucker ist nicht die einzige süsse Substanz, die uns bekannt ist, aber er ist die einzige in der Natur vorkommende Substanz, die diese Eigenschaft besitzt. Daher ist es eine naheliegende Annahme dass eine Substanz, die süss schmeckt, Zucker enthält. Eine derartige Vorstellung aber ist natürlich irrig. LEFFERTS.

35) **Toulouse u. Vaschide. Die sensorielle Geruchsasymmetrie. (L'asymétrie sensorielle olfactive.)** *Société de Biologie. 14. October 1899.*

In der grossen Mehrzahl der Fälle ist der Geruch linkerseits mehr entwickelt.

Die Untersuchungen sind an 64 Kranken unternommen und ausgeführt nach der Methode der Prüfung mit kampherhaltigem Wasser.

Wie erklärt sich dies Resultat, da doch für die anderen Sinne die Asymetrie immer zu Gunsten der rechten Seite besteht? Es rührt wahrscheinlich daher, dass die Nervi olfactorii sich nicht untereinander kreuzen und dass das linke Nasenloch mit der linken Hemisphäre correspondirt, deren physiologisches Uebergewicht bekannt ist. PAUL RAUGÉ.

36) **Bevermann** (Würzburg). **Zur toxischen Beeinflussung des Geruchsinnes.** Dissert. Würzburg 1898.

In einer sehr fleissigen Arbeit, die nicht nur die Literatur eingehend berück-

sichtigt, sondern auch eine grosse Anzahl eigener Versuche enthält, bespricht B. das vorliegende Thema in zwei grossen Hauptgruppen: 1. Toxische essentielle lokale Wirkung auf das Sinnenepithel des percipirenden, peripheren, nervösen Endapparates und 2. toxische intercranielle Wirkung auf Centralapparat und Leitung.

SEIFERT.

37) **Jullian. Störungen des Geschmacks und Geruchs bei der Tabes. (Troubles du gout et de l'odorat dans le tabes.)** *Thèse de Paris. Juni 1900.*

J. nimmt die Studien über Geruchs- und Geschmacksstörungen, welche Klippel bei der Tabes beschrieben hat, wieder auf. Was den Geruch anbelangt, so hat J. vollständige und unvollständige Anosmie beobachtet, Hemianosmie, Periosmie und Kakosmie. Hinsichtlich des Geschmacks hat er wiederum Verminderung oder völliges Erloschensein sowie Perversion festgestellt. Gleichzeitig constatirt Verf. in vielen Fällen Störungen der Sensibilität, der Tactilität und der Reflexe der Nasenschleimhaut, der Zunge und des Gaumens.

Bei einem Kranken, der seit 5 Jahren an Tabes leidet, hat J. nasale Krisen beobachtet, die durch paroxysmale Anfälle von Niesen charakterisirt waren, in Dauer von einigen Minuten bis zu $^1/_4$ Stunde. Nach den Krisen hinterblieb keinerlei objective oder subjective Störung der Schleimhaut.

Diese Symptome haben ein prognostisches Interesse; sie weisen auf eine Betheiligung der Hirnnerven sowie der Bulbärregion an den Erscheinungen der Krankheit hin und dürfen deshalb als Züge von ernster Bedeutung im Bilde des Tabes angesehen werden.

A. CARTAZ.

38) **Toulouse et Vaschide. Ueber den Geruch bei progressiver Paralyse. (De l'odorat dans la paralysie générale.)** *Société de Biologie. 3. Februar 1900.*

Die Anosmie ist ein häufiges Symptom in den vorgerückten Stadien der Paralyse.

In den Anfängen der Krankheit ist sie selten; aber zu dieser Zeit findet man öfters die Perception schon herabgesetzt, während die Sensation noch ungefähr normal ist, ein weiterer Beweis für die Unabhängigkeit der beiden Symptome von einander, wie sie T. und V. bereits behauptet haben.

Die Beobachtungen der Verff. erstrecken sich auf 20 paralytische Frauen, unter denen 8 gar kein Geruchsvermögen mehr hatten.

PAUL RAUGÉ.

39) **P. Jaques. Ein Fall von vollständiger Anosmie. (A case of complete anosmia.)** *N. Y. Med. Record. 3. Februar 1900.*

Pat., ein Mann von 45 Jahren, hat nicht die leiseste Erinnerung, jemals Geruchssinn besessen zu haben. Wegen der merkbaren Herabsetzung der tactilen Sensibilität der Riechschleimhaut nimmt J. aber doch eher an, dass eine frühere eitrige Entzündung Ursache der Anosmie ist, als eine centrale Lähmung der Olfactoriusnerven.

LEFFERTS.

40) **Fermi. Untersuchungen über Coryza. (Studio sulla corizza.)** *Società Medico-Fisica di Sassari. Juni 1900.*

Verf. behauptet, dass die Flora der Nasenhöhle bei der Coryza fast ausschliesslich aus gewöhnlichen in der Luft vorkommenden Saprophyten, zu 90 pCt.

aus Sarcinen, besteht und dass die wenigen pathogenen Keime, die sich finden, weder constant noch specifisch seien. Er hat Nasen- und Mundsekret von 60 an Coryza erkrankten Individuen ungefähr 400 Gesunden in Nase und Mund gebracht, aber niemals danach eine Coryza entstehen sehen. Zu dem gleichen negativen Resultat gelangte er, als er sich selbst und 40 anderen gesunden Personen Nasen- und Mundsekret von 15 an Influenza leidenden Patienten auf Nasen- und Mundschleimhaut brachte.

FINDER.

41) **W. S. Fowler. Acute Rhinitis. (Acute rhinitis.)** *N. Y. Medical Record. 31. März 1900.*

F. berichtet, dass von den letzten 100 Fällen von acuter Rhinitis, welche durch seine Hände gegangen sind, 76 deutliche und unverkennbar constitutionelle Symptome als Ursache zeigten. 6 waren verursacht durch äusserliche locale Reizung meist im Beruf, 16 durch Contagion. Verf. hält eine Behandlung, die sich auf die zu Grunde liegende Ursache erstreckt, für die erfolgreichste. Die Aerzte haben seiner Ansicht nach zu sehr die Gewohnheit, nur symptomatisch zu behandeln, ohne dem Temperament und der Disposition des Kranken genügenden Werth beizumessen.

SEIFERT.

42) **Wolff** (Leipzig). **Beitrag zur Lehre von der Rhinitis fibrinosa sive pseudomembranacea.** Dissert. Leipzig 1899.

Aus der Poliklinik von Kayser theilt Wolff 4 Fälle von Rhinitis fibrinosa mit, in welchen die bacteriologische Untersuchung das Vorhandensein von Diphtheriebacillen ergab. Dabei fehlte jede Temperatursteigerung, sowie jegliche Störung des Allgemeinbefindens.

SEIFERT.

43) **Nachod** (Prag). **Rhinitis pseudomembranacea.** Verein deutscher Aerzte in Prag, Sitzung vom 1. December 1899. — *Wiener klin. Wochenschrift. No. 22. 1900.*

Der Fall betraf ein 4 Wochen altes Kind. Es konnte trotz eingehender Untersuchung der Membranen der Löffler'sche Bacillus nicht nachgewiesen werden.

CHIARI.

44) **Royet** (Lyon). **Fall von Rhinitis mit Pseudomembranen, unter nichtdiphtheritischen klinischen Erscheinungen mit bakteriologisch nachgewiesenem Löffler'schem Bacillus. (Un cas de rhinite à fausses membranes, d'allure clinique non-diphtérique avec bacilles de Löffler bactériologiquement constatés.)** *Société des Sciences Médicales de Lyon. 7. Februar 1900.*

An der Hand eines beobachteten Falles führt R. aus, dass die gewöhnlich beschriebenen Unterscheidungsmerkmale zwischen einfacher Rhinitis pseudo-membranacea und diphtherischer Rhinitis nicht zutreffend sind.

So behauptet Lermoyez mit Unrecht, dass bei der diphtheritischen Form die Membranen in der hinteren Partie der Nasenhöhle sitzen, dass eine völlige Obstruction der Nase und eitriger Ausfluss bestehe.

Es sassen vielmehr in dem Fall von R. die Membranen am vorderen Eingang, die Obstruction war nicht vollständig und der Ausfluss schleimig.

Neue ähnliche Fälle hat Comte publicirt.

PAUL RAUGÉ.

45) **Brubacher** (München). **Geschwür am Boden der Nasenhöhle durch periostitisch erkrankten Zahn hervorgerufen.** *Münchener med. Wochenschr. No. 21. 1900. Deutsche Monatsschr. f. Zahnheilk. 4. 1900.*

Ein nässendes Geschwür am Boden der Nasenhöhle eines 54jähr. Herrn, das schon 2 Jahre bestanden hatte, heilte nach 14 Tagen nach Extraction der chronisch-periostitischen Wurzel des ersten Schneidezahns. Die Wurzel war sehr lang, und drang die Sonde nach der Extraction durch die Alveole in die Nasenhöhle.

SCHECH.

46) **A. de Simone. Variation und Bedeutung der Kapsel-Bacillen, die häufig auf der erkrankten Nasenschleimhaut gefunden wurden. (Variety and significance of the incapsulated bacilli frequently found in the diseased nasal mucosa.)** *N. J. Medical Record. 27. Januar 1900.*

S. untersuchte in 50 Fällen das Nasensecret bei katarrhalischer Rhinitis und konnte 35 Arten von Kapselbacillen isoliren, von denen einige die culturellen Eigenthümlichkeiten des Bacillus mucosus besassen, andere die der Frisch'schen und wieder andere die des Pneumobacillus. Er glaubt, dass diese Bacillen, welche so häufig im Pharynx leben, in die Nasenschleimhaut einwandern und dann die Störungen verursachen, für welche so viele Autoren specielle Mikroorganismenarten verantwortlich machen wollten.

LEFFERTS.

47) **Sicard. Mikroben der Ozaena. (Microbes de l'ozène.)** *Société de Biol. 28. October 1899.*

S. hat in seinen Experimenten die heftige Wirkung des Bacillus Löwenberg constatirt.

Das Serum der geimpften Thiere besitzt kein Agglutinationsvermögen für die inficirenden Mikroben. Es zeigt auch keine immunisirende Wirkung.

PAUL RAUGÉ.

48) **Hibert** (Rouen). **Der Mikrobe der Ozaena. Morphologie, Culturen, biologischer Charakter. (Le microbe de l'ozène. Morphologie. Cultures. Caractères biologiques.)** *Médecine Moderne. 4. October 1899.*

H. hat den im Jahre 1884 von Löwenberg entdeckten Mikroben einem methodischen bakteriologischen Studium unterworfen.

Zur Isolirung wurden die unreinen Culturen weissen Mäusen eingeimpft; das Blut, dem Herzen aseptisch entnommen und auf Agar-Agar übergeimpft, ergab Reinculturen.

Auf den gebräuchlichen Nährböden zeigt der Mikrobe folgendes Verhalten:
a) in Fleischbouillon Trübung, oberflächlicher Schleier, weisslicher Bodensatz,
b) dieselben Eigenschaften in 20proc. Peptonlösung,
c) auf Agar und Serum dicke klebrige Züge,
d) auf Gelatine charakteristische Nagelkopfform,
e) auf Kartoffeln gelbliche klebrige Colonien,
f) auf Rüben spärliche Entwickelung.

Der Mikrobe der Ozaena färbt sich nicht nach Gram. Sein morphologisches Aussehen gleicht durchaus dem des Bacillus Friedländer.

Das Temperaturoptimum für seine Culturen ist zwischen 37 und 38° gelegen. Die Culturen haben einen faden Geruch und produciren ein braunes Pigment. Sie bilden kein Indol; sie coaguliren die Milch und vergähren Traubenzucker.

Alles in allem verleihen Morphologie, Cultur und Biologie dem Mikroben der Ozaena, entgegen den Ansichten Löwenberg's, durchaus einen dem Pneumobacillus ähnlichen Charakter.

PAUL RAUGÉ.

49) J. Perez. **Die Bakteriologie der Ozaena. (Bakteriology of ozena.)** *Journ. Amer. Med. Assoc. 24. Februar 1900.*

Es ist dem Autor gelungen, einen bisher noch nicht beschriebenen Kokkobacillus in Fällen von fötider Ozaena zu isoliren, der für kleine Thiere pathogen ist und bei Ueberimpfung in das Kaninchenohr intensive Secretion der Nase, zuweilen hämorrhagischer Natur, hervorruft als hauptsächlichste und gewöhnlich einzige Anomalie der Schleimhaut, die stets in Atrophie der Muscheln wie bei genuiner Ozaena ausgeht. Der „Cocco-bacillus foetidus ozaenae", wie P. ihn zu benennen vorschlägt, ist facultativ aërob und anaërob unbeweglich, leicht färbbar, färbt sich nicht nach Gram, verflüssigt die Gelatine nicht und vergährt Laktose nicht; sein Hauptcharakteristicum ist sein stark fötider Geruch, der am meisten in peptonisirter Bouillon und in Gelatineculturen hervortritt. Verf. isolirte ihn 7mal in 11 Fällen von fötider Ozaena und einmal in 11 nicht fötiden Fällen. In dem letzteren Falle waren die Culturen nicht fötide. P.'s Untersuchungen erstreckten sich auf 54 Fälle von Nasenaffectionen und 9 normale Personen.

EMIL MAYER.

50) **Francke H. Bosworth. Die Aetiologie der chronischen atrophischen Rhinitis. (The etiology of chronic atrophic rhinitis.)**

51) **Jonathan Wright. Einige neue Beiträge zum Studium der Aetiologie und Pathologie der atrophischen Rhinitis. (Some recent contributions to the study of the etiology and pathology of atrophic rhinitis.)**

52) **Clarence C. Rice. Die Wichtigkeit der Unterscheidung des functionellen Collapses der nasalen Gewebe von atrophischer Rhinitis. (The importance of distinguishing functional collapse of the nasal tissues from atrophic rhinitis.)**

53) **Thomas R. French. Die hygienische und allgemeine Behandlung der atrophischen Rhinitis. (The hygienic and general treatment of atrophic rhinitis.)**

54) **D. Bryson Delavan. Die mechanische Behandlung der atrophischen Rhinitis. (The mechanical treatment of atrophic rhinitis.)**

55) **Chas. H. Knight. Atrophische Rhinitis; ihre Localbehandlung. (Atrophic rhinitis; its treatment by local medication.)** *Laryngoscope. Mai 1900. Journ. Amer. Med. Assoc. 14. April 1900.*

Francke H. Bosworth eröffnete die Discussion durch eine Besprechung der Aetiologie. Er behauptet, dass atrophische Rhinitis nur einen Folgezustand der purulenten Rhinitis der Kindheit darstellt, und dass kein einziger Fall nachgewiesen ist, der die Behauptung rechtfertigen könnte, die atrophische Rhinitis gehe jemals aus Hypertrophie hervor. Kinder sind bekanntermaassen empfäng-

lich für entzündliche Katarrhe, und daraus resultirt in erster Linie vermehrte Secretion. Der Process breitet sich allmählich in dem Drüsengewebe aus, das Secret dickt sich ein und vertrocknet nach und nach zu Krusten, welche durch ihre Druckwirkung den Blutzufluss zur Schleimhaut behindern. Da die getrockneten Secrete gewöhnlich nicht ausgestossen werden, zersetzen sie sich und verursachen den für diese Fälle so charakteristischen üblen Geruch.

Jonathan Wright verbreitet sich über die neueren Beiträge zur Aetiologie und Pathologie, insbesondere über gewisse anthropometrische Studien, die namentlich auf 2 Factoren als für die Aetiologie der atrophischen Rhinitis bedeutsam hinweisen, nämlich: 1. epitheliale Metamorphose der Nasenschleimhaut, 2. das Vorhandensein weiter Fossae nasales. Einige hervorragende Autoren sind der Meinung, dass Kleinheit des Septums in directer Beziehung steht zu dem Vorkommen der Ozaena. Gerber behauptet, dass der platte Nasentypus gewöhnlicher beim Weibe ist, und dass 71 pCt. der Fälle von atrophischer Rhinitis bei Frauen vorkommen.

Clarence C. Rice discutirt die Bedeutung der Unterscheidung des functionellen Collapses der Nasengewebe von atrophischer Rhinitis und betont, dass bei der einfachen trockenen Rhinitis der Anämischen die Nasenschleimhaut glatt ist und Blässe in allen Schattirungen zeigt, während bei atrophischer Rhinitis die Farbe der Schleimhaut zwischen roth und schmutzig grau variirt. Vielleicht das bedeutsamste Unterscheidungsmerkmal giebt der Zustand der Secretion. In Fällen von functionellem Collaps ist das Secret verhältnissmässig gering; bei atrophischer Rhinitis besteht gewöhnlich eine abundante Ansammlung von Eiter und Krusten. Andererseits variirt bei atrophischer Rhinitis der Grad der Trockenheit von Zeit zu Zeit erheblich, während bei funktionellem Collaps, wenn auch die Trockenheit niemals so hohe Grade erreicht wie bei atrophischer Rhinitis, die Schleimhaut doch niemals feucht ist. Hyperplasie der mittleren Muschel ist bei atrophischer Rhinitis mehr ausgesprochen als bei functionellem Collaps.

Thomas R. French sagt bei Besprechung der Behandlung, dass der Oel-Spray zwar vorübergehende Erleichterung bringt, aber nicht räthlich ist, weil er leicht die Erkrankung verschlimmert dadurch, dass er die Drüsenthätigkeit noch mehr beeinträchtigt. Für die Localbehandlung bevorzugt er den Spray sowohl vor wie nach der Application von Wasserstoffsuperoxyd. Die meisten Patienten bedürfen täglicher kühler Bäder, Aufenthalt in freier Luft und anderer allgemein tonischer Maassnahmen.

Bryson Delavan spricht sich bei Erörterung der mechanischen und elektrischen Behandlung gegen eine ausgedehnte Entfernung der Schleimhaut aus. Gottstein's Tamponbehandlung ist hauptsächlich bei Patienten angezeigt, bei welchen theils atrophische, theils hypertrophische Gewebspartien vorhanden sind. Der galvanische sowohl wie der faradische Strom kann mit häufigen Unterbrechungen bei der Behandlung der atrophischen Rhinitis herangezogen werden, aber diese Methode ist langwierig und kostspielig.

Charles H. Knight bespricht die medicamentöse Behandlung. Zur localen Reinigung hält er eine Lösung von 1 Theelöffel Tafelsalz in einem halben Liter Wasser für das Zweckmässigste. Es ist überflüssig, die Lösung zum Gebrauch im

Spray-Apparat vorher zu erwärmen, da nachweislich die Temperatur der Lösung wesentlich sinkt fast unmittelbar nach Austritt aus dem Apparat. Die Wirksamkeit der local angewandten Methode ist zweifellos. Es wirkt günstig auf den Charakter des Secretes und vermindert seine Menge. Zu Anfang soll die Concentration 0,3 Menthol auf 30 Fluid albolene nicht überschreiten, aber wenn der Patient daran gewöhnt ist, kann die Concentration ohne Nachtheil gesteigert werden. Formaldehyd könnte theoretisch als ideales Heilmittel bei atrophischer Rhinitis gelten, wenn es mit dem Zerstäuber in einer Lösung von 1 : 5000 applicirt wird. Indessen sträuben sich Viele gegen eine längere Anwendung des Mittels wegen der Schmerzen, die die Application mit sich bringt. Eine 50proc. Ichthyol-Petroleumlösung ist ausserordentlich wirksam, aber der widerwärtige Geruch ist ein Nachtheil dabei.

EMIL MAYER.

56) J. Holinger. **Ozaena, treckne Pharyngitis und Pachydermie des Larynx im Licht der neueren ätiologischen Forschungen. (Ozaena, dry pharyngitis and pachydermia of the larynx in the light of recent researches as to their etiology.)** *Chicago Clinik. Juni 1900.*

Zwei Factoren sind zur Entstehung der Ozaena erforderlich. Erstens Metaplasie des Epithels der Nasenschleimhaut, zweitens Chamaeprosopie, breites Gesicht resp. weite Nase. Wo einer von beiden Factoren fehlt, da ist keine Ozaena.

EMIL MAYER.

57) C. Sieur u. O. Jacob. **Atrophische Rhinitis, Ozaena. (Rhinite dite atrophique, ozène.)** *Bull. Société anat. de Paris. p. 919. November 1899.*

Untersuchung der Nase eines 50jährigen Mannes, der an Magenkrebs gestorben war. Die Präparate, die seit 6 Monaten in einer 10proc. Lösung von Formol liegen, haben noch den charakteristischen Geruch der Ozaena.

In der rechten Nasenhöhle besteht abwärts Hypertrophie der Schleimhaut (7 mm dick); dieselbe ist in ein wahrhaft angiomatöses Gewebe verwandelt. Unter dieser Schleimhaut eine beträchtlich rareficirende Osteitis. Die Hypertrophie der Schleimhaut bildet richtige Tumoren auf dem Processus uncinatus der Bulla ethmoidalis.

In der linken Nasenhöhle ist die Schleimhaut in ihrer Gesammtheit hypertrophisch, aber weniger als auf der entgegengesetzten Seite. Andererseits ist die Atrophie an gewissen Stellen sehr ausgesprochen, namentlich im Bereich des mittleren Meatus.

Der Processus uncinatus und die Bulla ethmoidalis sind zerstört.

A. CARTAZ.

58) Richmond Mac Kinney. **Die Rolle der purulenten Rhinitis der Kinder bei der Entstehung der atrophischen Rhinitis. (The role of purulent rhinitis of childhood in the production of atrophic rhinitis.)** *N. Y. Medical Journal. 30. Juni 1900.*

Der Autor berichtet über zwei Fälle, die die Vorstellung Bosworth's über die Rolle der chronischen purulenten Rhinitis bei der Entstehung der atrophischen Rhinitis bestätigen.

LEFFERTS.

59) **O. Peck. Studie über die Complicationen der Ozaena. (Etude sur les complications de l'ozène.)** *Thèse de Paris. 1899.*

Nach P. beträgt die Zahl der Fälle von Ozaena mit Complicationen 21 pCt. Diese Complicationen vertheilen sich folgendermaassen:

a) Thränenwege und Sehorgan:
1. Dacryocystitis,
2. Conjunctivitis,
3. Ulcera corneae,
4. Neuritis optica.

b) Sinus des Gesichtsschädels vorzugsweise der Sinus maxillaris.
c) Ohr und Processus mastoideus.
d) Larynx, Trachea und Bronchien.
e) Verdauungsorgane (Gastritis, Dyspepsie).
f) Meningen und Nervenapparat.

Alle diese Complicationen haben eine gemeinsame Aetiologie: Eindringen von Mikroorganismen, welchen die Läsion der Riechschleimhaut den Eingang eröffnet, indem sie die Nasenhöhle ihrer Vertheidigungsmittel beraubt.

Als Consequenz davon behandle man alle Ozaenen regelrecht und erhalte die Nasenhöhlen in antiseptischem Zustande.

PAUL RALGÉ.

60) **Lewis S. Somers. Citronensäure bei Ozaena. (Citric acid in ozena.)** *Therapeutic Gazette. März 1900. N. Y. Med. News. 31. März 1900.*

Das Mittel ist von grossem Werth zur Verhütung des faetiden Geruches bei atrophischer Rhinitis. 2. Seine erfolgreiche Wirkung beruht auf seiner unmittelbaren Einwirkung auf die erkrankten Gewebe. Deshalb müssen erst alle Auflagerungen beseitigt werden. 3. Nach der Application pflegt die Ozaena während 1 oder 2 Tagen fortzubleiben, je nach der Ausdehnung des krankhaften Processes. 4. Das Mittel übt keine directe Wirkung auf die erkrankten Gewebe im Sinne einer Wiederherstellung ihrer normalen Functionen. 5. Wenn es nicht regelmässig angewandt wird, so ist seine Wirkung vorübergehend und die Ozaena tritt wieder hervor. 6. Es hindert in gewissem Grade die Narbenbildung. 7. Endlich ist die Citronensäure ein wichtiges Unterstützungsmittel in der Therapie des üblen Geruches, und giebt uns dadurch ein Mittel in die Hand gegen die Hauptplage der Ozaenakranken.

LEFFERTS.

61) **Bommler. Ozaena. (Ozaena.)** *N. Y. Medical Record. 31. März 1900.*

Die Douche mit dem Weber'schen Siphon unter zeitweiligem Wechsel des gebrauchten Antisepticums ist empfehlenswerth. Nach jeder Douche soll die Nase besprayt werden mit:

Rp. Acid. phenic. 2,0
Resorcin 3,0
Glycerin puri 50,0
Aquae 300,0

Die Ulcera sollen mit Silbernitrat oder Chlorzinklösung touchirt werden bei allgemeiner roborirender Behandlung.

Nach der Douche soll ein bohnengrosses Stück folgender Salbe in jedes Nasenloch bei zurückgebeugtem Kopf des Patienten eingeführt werden:

Rp. Menthol 0,2
Acid. boric. 2,0
Vasel. alb. 30,0
Essentia geranii gtt XX.

LEFFERTS.

62) **Szmurlo** (Samara). **Die antidiphtheritische Seruminjection bei der Behandlung der Ozaena. (O leczeniu inchnacego niezytu nosa ovar star kilka o leczeniu tego cierpienia wogóle.)** *Medycyna. No. 37, 38. 1900.*

Es wurde vom Verf. in 5 Fällen Serum injicirt mit negativem Erfolge. Zwar stellte sich in einigen Fällen vorübergehende Besserung ein, schliesslich aber blieb das Leiden in statu quo. Am Schlusse stellt Verf. allgemeine Betrachtungen über den heutigen Standpunkt der Ozaena an.

A. v. SOKOLOWSKI.

63) **P. B. y Torres. Behandlung der Ozaena mit normalem Pferdeserum. (Treatment of ozaena of normal horse serum.)** *N. Y. Medical Record. 2. Juni 1900.*

Verf. berichtet über die Resultate von subcutanen Injectionen normalen Pferdeserums in 8 Ozaenafällen. Die Resultate waren dreierlei Art: 1. Allgemeinsymptome, Fieber mit Schmerzen etc., wie sie öfters nach Injectionen der verschiedenen Heilsera und organischen Extracte beobachtet wurden. 2. Localsymptome auf der Injeetionsseite, Schmerzen, Schwellung und zuweilen masernähnliche Eruption. 3. Symptome Seitens der Nasenschleimhaut, gesteigerte Circulation, die an der Schwellung und der zunehmenden Secretion kenntlich ist. Nach 4—5 Injectionen wurden die Krusten abgestossen und der Geruch war nicht länger mehr wahrnehmbar, weder objectiv noch subjectiv. Diese Besserung dauerte freilich nur so lange als die Injectionen in regelmässigen Intervallen wiederholt und die Dosen nicht vermindert werden. Im Ganzen wurde durch diese gesteigerte Secretion keine Veränderung in der atrophischen Schleimhaut herbeigeführt. Die anfängliche Dose des Serums betrug 5 ccm und wurde allmählich auf 15 ccm gesteigert. Die Injectionen wurden jeden zweiten Tag wiederholt oder nur 2 mal wöchentlich je nach der individuellen Toleranz gemacht.

LEFFERTS.

64) **Flatau** (Berlin). **Ueber zwei radicale Heilungen der Rhinitis atrophicans foetida durch eine neue operative Behandlungsmethode.** *Deutsche Praxis. 12. 1900.*

Das Wesentliche des Verfahrens besteht in der Implantation von Elfenbeinstiften längs der Insertionslinie der unteren Muschel nach sorgfältigster Reinigung der Nasenhöhle.

SEIFERT.

65) **Nöbel u. Löhnberg. Aetiologie und operative Radicalbehandlung der genuinen Ozaena. (Etiology and operative radical treatment of genuine ozaena.)** *N. Y. Medical Record. 21. April 1900.*

1. Bei Weitem die grössere Zahl der Fälle von eitrigem Nasenausflusse in Form von Ozaena, steht in Beziehung zu Affectionen der Sphenoidal- und Ethmoidalhöhle.

2. Foetor, Atrophie und Krustenbildung als Ausdruck von Eiter in der Nase können hervorgerufen werden durch eine Anzahl von Ursachen, sind aber in der Regel abhängig von Eiterherden in Keil- und Siebbein.

3. Eine rationelle Behandlung der Ozaena im gegebenen Fall kann nur erwartet werden von einer Heilung der primären Affection.

4. Da diese Ursachen meist sphenoidalen oder ethmoidalen Ursprungs sind, muss die Therapie der Ozaena eine chirurgische sein oder sie ist erfolglos.

LEFFERTS.

66) **Lubet-Barbon** (Paris). **Behandlung des Nasenblutens. (Traitement de l'epistaxis.)** *Gazette hebdomadaire de médecine et de chir. 12. Nov. 1899.*

Application eines hydrophilen Wattetampons, der mit 10proc. chlorfreiem Wasserstoffsuperoxyd getränkt ist, gegen die vordere Partie des Nasenseptums.

Der Tampon wird an seinem Platz gehalten vermittelst einer durch die Flamme gezogene Pincette während 4—5 Minuten. Wenn man ihn zurückzieht, ist die Blutung vollkommen gestillt. Es ist wichtig, ihn nicht länger zu appliciren, damit er nicht an der Schleimhaut haften bleibt. PAUL RAUGÉ.

67) **H. J. L. Struijken** (Breda). **Nasen-Tamponnade. (Tamponnade van den neus.)** *Ned. Tijdschr. voor Geneesk. II. p. 479. 1900.*

Bei Nasenbluten und nach operativen Eingriffen führt S. ein mit Vaselin reichlich versehenes sterilisirtes Fingercondom so tief in die Nase ein, dass dessen verdicktes Bändchen an der äusseren Nasenöffnung liegt. In dasselbe wird ein 3cm breiter mit Vaselin ganz imbibirter Gazestreifen hineintamponirt bis zur Anspannung der Nasenflügel. Oft nach 2—3 Stunden schon wird ein Theil des Gazetampons entfernt. Nach 24 Stunden wird der Gazestreifen und dann das Condom ganz leicht herausgenommen. Unter 150 Fällen trat nur einmal Nachblutung auf, die eine neue Tamponade indicirte. H. BURGER.

68) **Guisez** (Paris). **Complicationen bei doppelter Tamponnade der Nasenhöhlen und rationelle Behandlung hartnäckigen Nasenblutens. (Complications dûes au double tamponnement des fosses nasales et traitement rationnel des épistaxis rebelles.)** *Gazette des Hôpitaux. 30. Januar 1900.*

G. berichtet von 2 Beobachtungen, die wieder einen Beweis bringen für die Gefahr der Nasentamponade; in dem einen entstand ein Oberkieferhöhlenempyem, im anderen eine Otitis.

Er erinnert an die wohlbekannten üblen Folgen dieser veralteten Methode und bespricht das zweckmässigere Verfahren, das heute zur Bekämpfung hartnäckigen Nasenblutens angewandt wird.

Der fast stets constante Sitz der Läsion, die zum Nasenbluten führt, ist die vordere untere Partie des Septums in der Gegend der Anastomose der Art. spheno-palatina mit der Art. palatina ascendens. Der innere Ast der spheno-palatina ist die „Arterie des Nasenblutens" (Lermoyez) ebenso wie die Art. lenticulo-striata die „Arterie der cerebralen Hämorrhagie" darstellt. Auf dieses „Territorium der Epistaxis" (Boulay) soll man die Behandlung beschränken.

Zwei Mittel stehen dazu dem Praktiker zur Verfügung:

a) Cauterisation entweder mit der erhitzten oder dunkelrothen Thermokauterspitze oder mit der von der cannelirten Sonde getragenen Höllensteinperle.

b) Vordere Tamponade, nach Irrigation unter schwachem Druck. Diese Tamponade kann ausgefüllt werden mit einem langen schmalen Jodoformgazestreifen, der von einer Zange mit dünnen Branchen getragen wird, oder mit einem Watteröllchen an einem Faden, das mit 7—8pCt. Wasserstoffsuperoxyd getränkt ist. Der Tampon soll 3—4 Tage liegen bleiben. PAUL RAUGÉ.

69) **E. Toff** (Braila, Rumänien). **Ueber Ferropyrin als Hämostaticum.** *Wiener klinische Wochenschr. No. 30. 1900.*

Ferropyrin (Syn. ferripyrin) ist eine Doppelverbindung von Eisenchlorid und Antipyrin. T. wandte dasselbe in 15—20proc. Lösung an und lobt dasselbe als werthvolles Hämostaticum, welches neben der prompten Wirkung auch die besonders werthvolle Eigenschaft besitzt, ganz frei von jeder Aetz- oder sonstigen Reizwirkung zu sein. CHIARI.

70) **P. Jaques. Das Nasenbluten und seine Behandlung. (Les épistaxis et leur traitement.)** *Revue méd. de l'Est. 1. Juli 1900.*

Klinische Vorlesung; nichts Neues. A. CARTAZ.

c. Mundrachenhöhle.

71) **Berger. Von der Function der Speicheldrüsen bei Säuglingen. (O funktyi sljunnich shebs u detei grudnawo wosrosta.)** Dissert. Petersburg 1900.

B. hat das Vorhandensein von Ptyalin bei Säuglingen dargethan und glaubt sich in Folge dessen berechtigt zur Annahme, dass mehlige Speisen von denselben sehr gut vertragen werden können. P. HELLAT.

72) **J. Pawlow. Der gegenwärtige Stand der experimentellen Medicin zur Frage der Verdauung. (Sowremennoje objedinenie w eksperimente glawneischich storon medizini na primere pischtsche warenija.)** *Boln. gaz. 13—15. 1900.*

Aus der Arbeit des grossen Experimentators gehören hierher seine Angaben über die Speichelsecretion. Als Reizmittel wirken auf dieselbe alle bekannten Reizarten, mechanische, thermische, chemische. Die Speichelsecretion ist höchst zweckentsprechend eingerichtet, reiner Sand ruft höchst flüssigen Speichel hervor zum Abspülen des Mundes, trockene Speisen bewirken mucinreichen Speichel, um das Verschlucken zu ermöglichen; flüssige Speisen geben fast gar keinen Speichel. Bei der psychischen Anordnung des Experimentes beobachtet man mutatis mutandis dasselbe Resultat. P. HELLAT.

73) **B. Slowzow. Zur Lehre von den Oxydosen des thierischen Körpers. (K utscheniju ob oksidasach schiwotnawo tela.)** Dissert. Petersburg 1899.

Die Oxydation und Wärmeproduction im thierischen Körper hat seit dem Ende des vergangenen Jahrhunderts die grössten Geister beschäftigt. Die Frage

ist bis heut zu Tage eine offene. Man constatirte ausserhalb des Körpers für die Verbrennung aller integrirenden Bestandtheile desselben (Eiweiss, Kohlenhydrate und Fette) eine relativ hohe Temperatur; im Körper geht dieser Vorgang bei unverhältnissmässig niedriger Temperatur vor sich. Diese Thatsache führte Schönbein zur Annahme von einem besonderen Ferment.

Das Ferment wurde thatsächlich gefunden und von Jaque als Oxydose bezeichnet. In der Gegenwart dieses Fermentes, eines globulinartigen Eiweisskörpers, geht die Verbrennung auch ausserhalb des Körpers bei bedeutend niedrigerer Temperatur vor sich. Es handelte sich nun darum zu constatiren, wo das Ferment eigentlich gebildet wird. Man fand es hauptsächlich im Blute, der Leber, den Lungen und in der Milz.

Slowzow hat nun an einer grossen Reihe von Versuchen dargethan, dass die Oxydose in jenen Organen nicht gebildet wird, sondern nur mit dem Blutstrom dahin gelangt. Sie wird bei einer grossen Anzahl von Thieren in der Parotis gebildet, wahrscheinlich auch bei Menschen, und vom Darmcanal resorbirt. Neben der Oxydation wirkt die Oxydose positiv chemotaktisch. P. HELLAT.

74) **P. Hellat. Störungen des Organismus in Folge von beständigem Ausspeien. Salivatio psychica. (Rastovistwo organisma wsletstwie tscheresmernawo otplewiwanija.)** *Wratsch. No. 46. 1900.*

Es giebt nach H. sehr viele Leute, die ganz zufällig oder in Folge einer Affection der Mundrachenorgane anfangen, ihren Speichel anstatt zu verschlucken auszuspeien. Der Speichel wird allmählich schleimiger und dementsprechend widerlicher zum Verschlucken. Je mehr nun aber die Patienten speien, desto mehr sammelt sich Speichel an. Bei den schon durch die Salivation an und für sich irritirten Speienden entwickelt sich allmählich eine hochgradige Neurasthenie mit allen möglichen Nebenerscheinungen von Seiten der oberen Luftwege. Kopfschmerzen, Husten, Schlaflosigkeit, Noxophobie u. a. sind die gewöhnlichsten Begleiterscheinungen; sehr häufig tritt Anschwellung der Mucosa und Submucosa der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes ein. — Als Ursache dieser vom Autor für specifisch gehaltenen Störungen des Organismus wird die Herabsetzung des Stoffwechsels angesehen, welche als Folge des Verlustes der Oydose auftritt. Die Oxydose, welche neben der Unterhaltung der Oxydation in den Geweben noch als positiv chemotaktisch wirkt und so die Leukocytenauswanderung auf die Tonsillen und die Darmschleimhaut entweder hervorruft oder mindestens stark unterstützt, wird nach den Untersuchungen von Slowzow in der Parotis producirt und gelangt mit dem Speichel in den Darm, von dem aus sie resorbirt wird.

Fünf instructive Krankengeschichten illustriren H.'s Angaben. Alle Patienten erholen sich schnell, sobald man sie anhält, nicht immer auszuspucken, sondern den Speichel zu schlucken. Als Bezeichnung für dieses Leiden wird Anoxydosis oder Aptyalia in Vorschlag gebracht. Autoreferat.

75) **Warren Coleman. Doppelseitige Parotitis als Complication der lobären Pneumonie. (Double parotiditis complicating lobar pneumonia.)** *Philadelphia Medical Journal. 21. April 1900.*

Am 5. August, als die Resolution der Lungen fast beendet war, entwickelte

sich eine weiche rothe Schwellung der rechten Parotis. Die Schwellung nahm am 6. noch zu und fing am 7. an zurückzugehen. Erst am 12. war die Drüse wieder von normaler Grösse und normalem Aussehen, ohne Eiterung. Die linke Parotis wurde am 7. ergriffen und vergrösserte sich allmählich bis zum 12., wo die Rückbildung, die ohne Eiterung vor sich ging, einsetzte. Eine bakteriologische Untersuchung der Drüsen war nicht möglich. Der Pat. wurde am 2. October geheilt aus dem Spital entlassen.

EMIL MAYER.

76) Lefas. **Lymphoidgewebe in der Submaxillardrüse. (Tissu lymphoide dans la glande sous-maxillaire.)** *Société de Biologie. 18. November 1899.*

Man findet in der Submaxillardrüse kleine runde Inseln lymphoiden Gewebes, welche im normalen Zustande kaum zu sehen sind, aber in bestimmten pathologischen Fällen sich sichtlich vermehren, z. B. bei Leukämie, Lymphadenie. Diese lymphoiden Anhäufungen sind den von Klebs im Pankreas gefundenen analog.

PAUL RAUGÉ.

77) H. Baroz. **Infection der Submaxillardrüsen beim Neugeborenen. (Infection des glandes sous-maxillaires chez le nouveau-né.)** *Thèse de Paris. 1899.*

In den zwei Fällen, welche den Ausgangspunkt für die Arbeit bilden, war die Infection verursacht einmal durch den Streptococcus, das andere Mal durch den Staphylococcus.

Die Erkrankung ist charakterisirt durch eine Periode der Hyperämie der Drüse mit nachfolgender Eiterung: Der Eiter nimmt in Folge des Druckes seinen Weg durch die Mündungen der Ausfuhrgänge.

In den beiden Fällen endete die Erkrankung, deren Entwickelung durch den Schwächezustand der Neugeborenen begünstigt war, mit dem Tode.

PAUL RAUGÉ.

78) Arcoleo Eugenio. **Klinischer und experimenteller Beitrag zum Studium der Tuberculose der Submaxillardrüse. (Contributo clinico e sperimentale allo studio della tuberculosi della glandola sottomascellare.)** *Il Morgagni. September 1900.*

Der hier mitgetheilte Fall dieser ungemein seltenen Erkrankung — es soll in der Literatur angeblich nur noch ein von Ajevoli 1895 publicirter Fall existiren — betrifft einen 27jährigen Bauer, bei dem sonst an keinem Organ eine tuberculöse Erkrankung nachweisbar war. Die Diagnose wurde gestellt durch mikroskopische Untersuchung der exstirpirten Drüse, die in einen hühnereigrossen Tumor umgewandelt war; in den Schnitten fanden sich auch spärliche Tuberkelbacillen.

Verf. hat dann noch experimentelle Untersuchungen darüber angestellt, auf welchem Wege der Tuberkelbacillus in die Submaxillardrüse eindringt, und ist zu dem Resultat gekommen, dass die Infection sich sowohl auf dem Blut- wie auf dem Lymphwege leicht bewerkstelligen lässt, auf dem Wege durch den Wharton-schen Gang jedoch nur, wenn die Speichelsecretion z. B. durch Atropin unterdrückt wird.

G. FINDER.

79) **Morestin. Spontan ausgestossener Speichelstein. (Calcul-salivaire expulsé spontanément.)** *Société anatomique. 16. März 1900.*

Demonstration eines Steines aus dem Wharton'schen Gange, der ohne Operation ausgestossen wurde. PAUL RAUGÉ.

80) **Launay. Lithiasis submaxillaris. Exstirpation der Drüse. (Lithiase sous-maxillaire; extirpation de la glande.)** *Société anatomique. 19. Januar 1900.*

Die Affection bestand seit 22 Jahren, und Heilung konnte nur durch Exstirpation der Drüse erreicht werden. PAUL RAUGÉ.

81) **X. Delore. Congenitale Ranula. (Congenital ranula.)** *N. Y. Med. Record. 31. März 1900.*

Verf. giebt die Krankengeschichte und Abbildung einer enormen Bronchialcyste des Mundbodens. Die Unterscheidung zwischen sublingualer Ranula und Dermoidcyste ist nicht immer leicht. Zu den Symptomen, die für letztere sprechen, gehört vor allem der Nachweis einer wahrscheinlichen Adhäsion am Zungenbein. Die Behandlung besteht in completer Exstirpation der Membran, d. h. des ganzen Epithels. LEFFERTS.

82) **André. Bilaterale intermittirende Ranula. (Bilateral intermittent ranula.)** *Bulletin Medical. 10. Januar 1900. N. Y. Med. Record. 3. Februar 1900.*

André betont, dass der exacte anatomische Ursprung der Ranula trotz der grossen darauf verwandten Mühe noch nicht definitiv festgestellt ist. Er berichtet den Fall einer 22jährigen Frau, bei welcher eine doppelte oder bilaterale Ranula intermittirenden Charakters ihren Ursprung in einem dilatirten Wharton'schen Canal hatte. Dies ist ein seltenes Vorkommniss, das in der Literatur bisher nicht erwähnt ist. Die Durchgängigkeit der Orificien auf beiden Seiten ermöglichte das Eindringen in eine ziemlich weite Tasche, aber trotz der Durchgängigkeit des Ductus erreichte der flüssige Inhalt einen derartigen Umfang, dass Deglutition und Phonation dadurch gestört wurden. Zur Erzielung der Heilung wurde der Tumor jeden Morgen entleert mittelst Dilatation des Canals durch Einführung einer Sonde von allmählich zunehmender Dicke. LEFFERTS.

83) **C. Girod. Längenhypertrophie der Zunge. (Hypertrophic length of the tongue.)** *N. Y. Medical Record. 31. März 1900.*

Verf. giebt die Krankengeschichte und eine Abbildung eines Falles von enorm verlängerter Zunge bei einer Frau. Dieselbe verursachte eine so bedeutende Störung beim Sprechen, dass man die Patientin bei der ersten Untersuchung für idiotisch halten konnte. LEFFERTS.

84) **Laudrian. Infectiöse primäre Purpura haemorrhagica; acute Glossitis, die Laryngotomie nöthig macht; septicämische Erscheinungen. (Purpura hémorrhagique infectieux primitif; glossite aigue ayant necessité la laryngotomie; accidents septicémiques.)** *Archives de med. et pharm. militaire. Juin 1900.*

Bei einem Soldaten, der mit Gliederschmerzen und scorbutähnlicher ulceromembranöser Stomatitis ins Lazareth gekommen war, findet man am 4. Tage Pur-

puraflecken, ein ödematöses Erythem auf den Gliedern und den Augenlidern. Temperatur 39°. Am folgenden Tag Auftreten eines voluminösen Hämatoms in der Schläfengegend, aus dem Reinculturen von Staphylococcus albus gezüchtet werden. Am 11. Tag Diarrhöen, Schwellung der Zunge und des Mundbodens, mit Schlingbeschwerden und Anfällen von Asphyxie. Laryngotomia intercricothyreoidea mitten durch ein Hämatom in geschwollenem Gewebe. 2 Tage später war schon Ernährung auf natürlichem Wege möglich, aber es trat Bronchopneumonie hinzu, die zum Exitus führte.

A. CARTAZ.

85) **H. Thomson. Acute Glossitis als Complication in einem Falle von Typhus. (Acute glossitis complicating a case of Typhoid fever.)** *Lancet. 23. Juni 1900.*

Frau von 34 Jahren mit Typhus. 8 Stunden vor dem Tode begann die linke und dann die rechte Seite der Zunge anzuschwellen. Der Tod trat in Folge von Peritonitis nach Darmperforation ein. Es fand sich keine Eiterung in der Zunge, sondern nur zwei oberflächliche Geschwüre. Dieselben stellten offenbar eine secundäre Localisation der typhösen Infection dar.

ADOLPH BRONNER.

86) **R. Bernard. Stomatitis ulcero-membranosa durch spindelförmige Bacillen verursacht. Atypische Localisation der Vincent'schen Angina. (Stomatite ulcero-membraneuse du aux bacilles fusiformes. Localisation atypique de l'angine de Vincent.)** *Société de Médecine de Lyon. 26. März 1900.*

B. stellt einen Kranken mit ulcero-membranöser Stomatitis vor, bei welchem die bakteriologische Untersuchung die Gegenwart von Spirillen und spindelförmigen Bacillen ergab.

Eine Ulceration in der rechten Wange stellt die atypische Localisation des Vincent'schen Angina dar.

87) **Werner. Traumatische Gangrän der Zungenspitze.** *Münch. med. Wochenschrift. No. 28. 1900.*

Eine tabische Kranke mit psychischen Abnormitäten hatte sich dauernd auf die Zunge gebissen, welche hysterische Selbstverletzung sehr ungewöhnlich erscheint. Die Zungenspitze hatte sich vor der durch die Zahneindrücke entstandenen Demarcationslinie in grossen Fetzen abgestossen.

SCHECH.

88) **Morel Lavallée** (Paris). **Uebertragbarkeit des Lichen planus der Zunge. (Transmissibilité du lichen planus lingual.)** *Société de Dermatologie et de Syphiligraphie. 11. Januar 1900.*

Es handelt sich um eine Kranke, welche vor einem Jahre von Lichen planus der Zunge befallen worden ist, nachdem ihr Ehemann seit 12 Jahren an derselben Krankheit leidet.

Calomelinjectionen haben die Erscheinungen zur Heilung gebracht, ein Beweis für

1. die Wirksamkeit derartiger Injectionen auch ausser der Syphilis,
2. die besondere Verwerthbarkeit derselben bei Erkrankungen der Zunge.

PAUL RAUGÉ.

89) **J. L. Goodale. Ein Beitrag zur pathologischen Histologie der Hyperkeratosis lingualis. (A contribution to the pathologic Histology of Hyperkeratosis lingualis.)** *Annals of Otology Rhinology Laryngology. Febr. 1900.*

Die Affection wird im Allgemeinen als Hyperkeratose der Papillae filiformes der Zunge angesehen und unterschieden von der sogenannten schwarzen Zunge oder Nigrities linguae mucorina, bei welcher die Schwärzung zurückzuführen ist auf die Anwesenheit eines Schimmelpilzes. Ihre specielle Ursache ist unbekannt. Der Autor hat zwei Fälle beobachtet und vom pathologischen Gesichtspunkt aus studirt. Der Zustand besteht, histologisch betrachtet, in einer Vergrösserung der Papillen und kleinrundzelliger Infiltration des Coriums mit protoplasmatischer Reticulation, Entartung der Kerne und excessiver Keratinbildung im Epithel. Das letztere ist an der Oberfläche verlängert zu fadenförmigen Ausläufern mit eigenthümlich lichtbrechenden pigmentirten Granulis, die mit einem charakteristischen Bacterium intim vergesellschaftet sind. Es ist von Interesse, dass die Hypertrophie alle Schichten der Schleimhaut betrifft und ihre grösste Entwickelung in dem hinteren und mittleren Abschnitt des Zungenrückens zeigt. Der Zustand scheint primär eine Art chronischer Entzündung darzustellen mit secundärer Alteration der Epithelzellen.

EMIL MAYER.

90) **Jourdanet** (Lyon). **Ein Fall von sclero-gummöser Glossitis ulcerosa mit wahrscheinlicher cancroider Entartung. (Un cas de glossite scléro-gommeuse ulcéreuse avec dégénérescence épithéliomateuse probable.)** *Société de Méd. de Lyon. 27. October u. 27. November 1899.*

Ein Kranker von 54 Jahren, der vor 20 Jahren Syphilis acquirirt hat.

Nach einer langen Latenzzeit Auftreten einer Induration, welche die ganze vordere Partie der Zunge ergreift.

Gegenwärtig weist das ganze Organ eine sclerotische Beschaffenheit auf.

Unter dem Einflusse einer specifischen Behandlung trat eine unvollständige Besserung und Drüsenerkrankung ein.

Wahrscheinlich ist die Läsion epitheliomatös entartet.

PAUL RAUGÉ.

91) **Morel Lavallée** (Paris). **Falsche Syphilis der Zunge. (Les fausses langues syphilitiques.)** *Société de Dermatologie et de Syphiligraphie. 11. Januar 1900.*

Die glatten Plaques („Fauchées") der secundären Syphilis können durch andere Affectionen vorgetäuscht werden, unter welchen M. L. nennt:

a) Antipyrinexanthem,

b) die Plaques bei einfacher Leukoplakie,

c) Lichen planus der Zunge.

PAUL RAUGÉ.

92) **J. Heller. Syphilis der Zungentonsille. (Syphilis of the lingual Tonsil.)** *N. Y. Medical Record. 24. März 1900.*

H. hat statistische Studien über die Häufigkeit einer derartigen Localisation des specifischen Giftes unternommen. Er discutirt die verschiedenen Formen der an der Zungenmandel vorkommenden Läsionen unter besonderer Berücksichtigung der sogenannten glatten Atrophie der Zunge.

LEFFERTS.

93) **W. Lublinski** (Berlin). **Die Syphilis der Zungentonsille nebst Bemerkungen über ihr Verhältniss zur glatten Atrophie der Zungenbalgdrüsen.** *Deutsche med. Wochenschr. 14. 1900.*

Nach Schilderung der sehr seltenen Initialsclerose der Zungenmandel (zwei eigene Fälle), der secundären Manifestationen der Lues daselbst und der tertiären Erscheinungen geht Verf. auf die Frage nach dem Zusammenhang der glatten Atrophie des Zungengrundes mit der Lues über. „Ein Zusammenhang zwischen der Atrophie der Zungenbalgdrüsen und der Syphilis besteht insofern, als eine glatte Atrophie derselben bei der oberflächlichen, sclerosirenden, eine ebensolche mit — wenn auch oft nur leichter — Narbenbildung bei der gummösen, ulcerösen Erkrankung des Zungengrundes vorkommt. Immer aber handelt es sich nur um tertiäre Lues, da die secundäre an diesen Theilen niemals mit dem Spiegel sichtbare Veränderungen zurücklässt. Ohne diese auf Spätsyphilis zurückzuführende locale Erkrankung kommt eine Atrophie der Zungenbalgdrüsen bei dieser nicht vor, es sei denn, dass unabhängig von dem syphilitischen Localprocess, ebenso wie im höheren Alter, bei manchen Fällen von Atrophie des lymphatischen Apparates der oberen Wege, bei manchen Fällen von Tuberculose, schwerer Anämie und Chlorose aus bisher unbekannten Gründen auch bei der Syphilis eine (genuine) glatte Atrophie der Zangenbalgdrüsen auftritt, die höchstwahrscheinlich möglicher Weise auch anatomisch, von der syphilitischen (im engern Sinn) zu unterscheiden ist. — Pathognomonisch für überstandene Syphilis ist der Schwund der Zangenbalgdrüsen nicht, da er ja auch bei den anderen eben erwähnten Erkrankungen vorkommt.“

ZARNIKO.

94) **C. Lattes. Ein Fall von Tuberculose der Zunge. (Sur un cas de tuberculose de la langue).** *Annali di Laringologia ed Otologia. October 1900.*

Der Fall betrifft einen 33jährigen Mann und wird vom Verf. als ein solcher von primärer Zungentuberculose angesprochen.

G. FINDER.

95) **Ziem. Pseudocarcinom der Zunge.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde etc. No. 4. 1900.*

Mittheilung eines Falles von Geschwür der Zunge, das als carcinomatöses entfernt werden sollte, aber nach Reinigung der Nase mit Salzwasser und Anlegen zweier spanischer Fliegen in der Regio retrolobularis heilte. Dieser sowie ein von Semon mitgetheilter Fall mahnen also zur grössten Vorsicht in der Vornahme grösserer operativer Eingriffe.

SCHECH.

96) **Fasquar Curtis. Entfernung der halben Zunge und der Tonsille. (Removal of half of the Tongue with removal of the Tonsil.)** *N. Y. Medical Record. 21. April 1900.*

Es bestand ein tiefes Ulcus der Tonsille, das sich auf die Zungenwurzel fortsetzte. Der Mund konnte mühelos geöffnet werden, ein Beweis, dass die pterygo-maxillaren Partien nicht betheiligt waren. Es wurde die Operation vorgenommen und zwar nach der Mikulicz'schen Methode; die Verticalincision wurde also über der Carotis gemacht. Nach Abhebung des Periostes wurde der

Unterkieferast gespalten und aus seiner Pfanne gelöst ohne Spaltung der oberhalb gelegenen Weichtheile. Diese Operation ermöglichte freien Zutritt zu der Tonsille und vollkommene Controle über die Blutung. Die Geschwulst wurde weggeschnitten mitsammt der ganzen Tonsille und Pharynxwand. Die Zunge wurde in ausgedehntem Maasse ergriffen befunden und deshalb die eine Hälfte entfernt nach Spaltung bis zur Wurzel. Die Heilung ging ziemlich langsam von statten, aber das Resultat war gut. LEFFERTS.

97) **Renaut. Kakodylsaures Natron beim Epitheliom der Zunge. (Le cacodylate de soude dans l'epithéliome de la langue.)** *Société méd. des Hôpitaux. 16. März 1900.*

Ein Kranker, der an Epitheliom der Zunge leidet, wie gleichzeitig klinisch und histologisch festgestellt wurde, erfährt Besserung seines Leidens durch Anwendung von kakodylsaurem Natron (1—5 Pillen von je 0,05 g pro Tag).

Der Fall erweist die bemerkenswerthe Wirksamkeit dieses Medicaments bei Schleimhautkrebs. PAUL RAUGÉ.

98) **Brüggemann** (Magdeburg). **Praktische Zungenspatel und Rachentupfer.** *Dermatol. Centralbl. 2. 1900.*

Empfehlung von Holzspateln und Holzstäbchen. SEIFERT.

d. Diphtheritis und Croup.

99) **M. Sondén** (Stockholm). **Der praktische Werth der Diphtheriebacillenuntersuchungen. (Det praktiska värdet af differibacillundersökningar.)** *Svenska Läkaresällskapets Förhandlingar. p. 7. 1900. Hygiea. April 1900.*

Nichts Neues. SCHMIEGELOW.

100) **Fink** (Hamburg). **Seltene Membranbildung diphtherischen Ursprungs im Schlunde.** *Deutsche med. Wochenschr. Vereinsbeil. 24. 1900.*

Die Membran spannte sich quer über den Kehlkopf aus und bewirkte hochgradige Dyspnoe 1. weil sie den Kehldeckel verhinderte, sich aufzurichten, 2. weil sie selbst ein Hinderniss für den Inspirationsstrom war. ZARNIKO.

101) **Eschweiler. Ueber Spätdiphtherie im Nasenrachenraum.** *Münch. med. Wochenschr. No. 17. 1900.*

Mittheilung eines Falles, der keine besonderen Eigenthümlichkeiten darbot, mit allgemeinen Bemerkungen über chronische resp. später wieder recidivirende Diphtherie der oberen Luftwege und Therapie derselben. SCHECH.

102) **E. Trevelyan. Diphtheritische Stomatitis. (On Diphtherial Stomatitis.)** *British Med. Journal. 14. April 1900.*

Mann von 35 Jahren mit Flecken auf der Unterfläche der Zunge und Innenfläche der Unterlippe. Deutlicher Foetor ex ore. Die bakteriologische Unter-

suchung ergab den kurzen Diphtheriebacillus. T. injicirte Serum und erzielte Heilung im Verlauf einer Woche, ohne dass Allgemeinsymptome auftraten.

15jähriges Mädchen zeigte 5 Flecken auf der inneren Seite der Ober- und Unterlippen. Es fanden sich Löffler'sche Bacillen; auch die Taschentücher des Kindes waren voll Bacillen. T. schliesst eine Uebersicht über die in der Literatur vorhandenen Fälle an.

ADOLPH BRONNER.

103) **R. H. Steen. Diphtherie, Niederkunft, zurückgebliebene Membranen und Influenza bei der Mutter; Diphtherie bei dem Kinde. (Diphtheria, Parturition, retained membranes, and Influenza in the mother; Diphtheria in the enfant.)** *N. Y. Med. Record. 24. März 1900.*

St. berichtet einen Fall, der von Interesse ist durch die Complication eines Wochenbettes mit Diphtherie und Influenza. Mutter sowohl wie Kind genasen nach Behandlung mit grossen Dosen Antitoxin. Das Kind bekam eine Dosis von 350 Einheiten am 5. Lebenstage und am nächsten 1000 Einheiten, ohne schädliche Nebenwirkung.

LEFFERTS.

104) **A. T. Girardot. Diphtherie. (Diphtheria.)** *Toledo Medical and Surgical Reporter. April 1900.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

105) **Behrmann** (Nürnberg). **Zur Prophylaxe der septischen und phlegmonösen Diphtherie.** *Archiv f. Kinderheilk. 29. Bd. 5. u. 6. Heft. 1900.*

Die prophylaktische Therapie besteht in mehrtägigen Einreibungen von grauer Salbe (2—3 g) an den Halsseiten, auch bei den Geschwistern an Diphtherie erkrankter Kinder zu üben. Besonders sei das Verfahren zu empfehlen bei Diphtherien, welche Mischinfectionen mit Streptokokken darstellen, da die Hg-Therapie gegen die durch die Toxine hervorgerufenen Complicationen, wie Vereiterung der Halslymphdrüse, Herz- und Muskellähmung, sowie Nephritis rathsam sei.

SEIFERT.

106) **Hilbert** (Königsberg). **Zur Diagnose und Therapie des Croup.** *Deutsche Aerzte-Zeitung. 20. 1900.*

In 3 Fällen von ausgesprochenem Croup handelte es sich 2mal um sogen. idiopathischen und einmal um einen secundären nach Rötheln, bei denen allen die bakteriologische Untersuchung Diphtheriebacillen vermissen liess und welche trotzdem durch rechtzeitige und genügende Heilseruminjection in ausserordentlich günstiger Weise beeinflusst wurden. Hilbert hält es für das einzig richtige, jeden Croup, ob primär oder secundär, mit oder ohne Affection des Pharynx, für im höchsten Maasse diphtherieverdächtig zu halten und danach zu behandeln, d. h. der specifischen Heilserumtherapie zu unterwerfen. Die klinischen Symptome eines Croup sind so ausgesprochen, dass ein Zweifel an der Diagnose kaum aufkommen wird, speciell dürften Verwechselungen mit den unter dem Namen Pseudocroup zusammengefassten Zuständen, welche sich durch plötzliches Auftreten, kurze Dauer und spontan resp. auf beliebige indifferente Medication erfolgende Rückbildung der oft Anfangs hochgradigen Stenoseerscheinungen auszeichnen, einem einigermaassen erfahrenen Arzt kaum begegnen.

SEIFERT.

107) **Michael** (Ilmenau). **Beitrag zur Diphtherieheilserumbehandlung.** *Corresp.-Blätter d. allg. ärztl. Vereins v. Thüringen. 11. 1900.*

Unter 255 Diphtheriekranken wurden 16 ohne Einspritzungen, 239 mit Heilserumeinspritzungen behandelt. Von ersteren starben 8 = 50 pCt., von letzteren nur 18 = 7,5 pCt. Von Nebenwirkungen beobachtete der Verf. 3mal ein Erythem, mehrmals Gliederschmerzen. Von Complicationen und Nachkrankheiten kamen 24mal Schlucklähmungen, 10mal Accommodationslähmungen, 4mal Stimmbandlähmungen, 2mal Mittelohreiterung und 1mal Vereiterung der Submaxillardrüse zur Beobachtung. SEIFERT.

108) **Adolph Rupp. Die Antitoxinbehandlung der Diphtherie. (The Antitoxin Treatment of Diphtheria.)** *N. Y. Med. Journal. 3. März 1900.*

Nur eines ist bisher ganz sicher über die Immunisirung bei Diphtherie zu sagen, nämlich dass sich die Versprechungen und Erwartungen der ersten Publicationen nicht verwirklicht haben, und dies, obgleich die behauptete Immunisirungskraft von einer 6monatlichen auf eine 6wöchentliche Dauer herabgesunken und die berechnete wirksame Dosis mehr als verdreifacht worden ist. Nach einem „machtvollen Mittel zur Verhütung der Ausbreitung der Diphtherie" sieht das alles gerade nicht aus. LEFFERTS.

109) **A. R. Nicholson. Diphtherie. (Diphtheria.)** *Occidental Medical Times. 1. April 1900.*

N. betont, dass die Unterlassung der Antitoxinbehandlung eine schwere Verantwortlichkeit in sich begreift. EMIL MAYER.

110) **Redact. Notiz. Specifische Behandlung der Diphtherie. (Specific treatment of Diphtheria.)** *Journal American Med. Association. 10. März 1900.*

Da kein Zweifel mehr an der therapeutischen Nützlichkeit des Antitoxins bei der Diphtheriebehandlung sein kann, sollte das Mittel viel weiter verbreitet sein, als das bis jetzt der Fall ist. Wenn auch die Darstellung verhältnissmässig theuer ist, kann dieser Gesichtspunkt gegenüber seiner lebensrettenden Eigenschaft doch nicht ins Gewicht fallen. In den grossen Städten brauchen selbst die Allerärmsten das Mittel nicht zu entbehren, da es für Bedürftige von den öffentlichen Laboratorien gratis geliefert wird. Die Zeit ist gekommen, wo die Unterlassung der Toxinanwendung in der Diphtheriebehandlung als ein ebenso grosser Kunstfehler angesehen werden muss, wie der Verzicht auf Vaccination zur Prophylaxe der Blattern, auf Quecksilber oder Jodanwendung in der Syphilisbehandlung, auf Chinin bei der Malariabehandlung, auf Salicylate bei der Behandlung der Rheumatismen oder auf Atropin bei der Opiumvergiftung. Die aus allen Welttheilen berichteten erfolgreiche Resultate werden neuerdings noch durch diejenigen aus Australien, die A. Jefferis Turner mittheilt, bestärkt. EMIL MAYER.

111) **W. H. Park. Diphtherie-Antitoxinserum. (Diphtheria Antitoxin Serum.)** *Philad. Medical Journal. 31. März 1900.*

Die jährliche Durchschnittsziffer der Diphtherietodesfälle betrug in den 15 Jahren, die der Einführung der Antitoxinbehandlung voraufgingen, 2373, wäh-

rend dieselbe in den letzten 4 Jahren, seit diese Behandlungsmethode allgemein acceptirt ist, auf 1341 gesunken is. Die gleiche merkliche Verminderung der Mortalität wurde in allen Theilen der Welt beobachtet, wo auch immer diese Behandlungsweise in Aufnahme gekommen ist. Von 1895—1900 wurden durch Vermittelung des „Board of Health“ 6500 Fälle immunisirt; bei nur 27 Fällen entwickelte sich Diphtherie in einem Zeitraum von 1—3 Tagen nach der prophylaktischen Injection. Etwa 3 pCt. zeigten Exantheme und 5 pCt. fieberhafte Reaction. Bei einer Anzahl von Personen stellten sich Schmerzen ein, aber keine hatte, soweit bekannt, dauernden Schaden. In frühzeitig erkannten und offenbar gutartigen Fällen empfiehlt Verf. die Injection von 1000 Einheiten. In frühzeitig beobachteten aber offenbar schweren Fällen soll die Dosis 2—4000 Einheiten betragen. In ziemlich spät zur Beobachtung kommenden aber gutartigen Fällen 1—2000 Einheiten, dagegen in schweren, vorgeschrittenen Fällen, die schon Nekrosen, Drüsenschwellungen und Larynxstenose zeigen, sollte die Dose nicht unter 3—4000 Einheiten gewählt werden.

EMIL MAYER.

112) **J. W. West. Einige Beobachtungen über die O'Dwyer'sche Larynxintubation auf Grund von 75 Fällen. (Some observations on intubation of the larynx by the O'Dwyer method, based on seventy-five cases.)** *The American Gynaecological and Obstetrical Journal. April 1900.*

Nach Verf.'s Ueberzeugung ist die O'Dwyer'sche Methode in Fällen, für die eine mechanische Behandlung nothwendig ist, die beste, obgleich auch sie noch zu wünschen übrig lässt. In 75 Fällen hatte er eine Mortalität von 34, d.h. $45^1/_3$ pCt. der Gesammtziffer.

EMIL MAYER.

113) **Balthazard. Zange für Pseudomembranen. (Pince a fausses membranes.)** *Soc. de Pédiatrie. 13. März 1900.*

B. demonstrirt eine Zange zum Einführen in die Trachea durch die Tracheotomiekanüle, die noch 3 cm tiefer hinabreicht als die alten Modelle.

PAUL RAUGÉ.

c. Kehlkopf und Luftröhre.

114) **A. Gerlach. Zur Anatomie des Cavum laryngis des Menschen.** *Anatomische Hefte v. Merkel u. Bonnet. 14. Bd. Heft III. 1900.*

Da sich der ursprünglichen Absicht des Verf.'s, die Alters- und Geschlechtsverschiedenheiten des Kehlkopfraumes bezüglich seiner Weite zu untersuchen, gewisse bei Anwendung der Metallausgussmethode unüberwindliche Schwierigkeiten in den Weg stellten, hat er den Schwerpunkt seiner Arbeit darauf verlegt, die durch die Function bedingten Aenderungen des Cavum laryngis zu studiren, indem untersucht wurde, welchen Einfluss die Contraction einzelner Muskeln oder mehrerer gleichzeitig wirkender Muskeln auf Form und Weite des Cavum laryngis ausübt. Die hauptsächlichsten Ergebnisse seiner Untersuchungen fasst er in folgenden Sätzen zusammen: Die grösste Volumverminderung der Kehlkopfhöhle

wird durch gleichzeitige Contraction der Mm. crico-thyreoidei und crico-arytaenoidei lat. bedingt, wenn hierzu noch die Contraction der Mm. arytaen. transversi et obliqui tritt. Die grösste Volumvermehrung der Kehlkopfhöhle kommt bei alleiniger Wirkung der Mm. crico-arytaenoidei post. zu Stande. Die grösste Verengerung der Rima glottidis tritt bei gleichzeitiger Contraction der Mm. crico-thyreoidei und crico-aryt. lat. ein. Der vollständige Schluss der Rima glottidis kommt zu Stande, wenn gleichzeitig die Mm. crico-thyreoidei, crico arytaen. lat., arytaen. transvers. et obliqui und noch die Mm. vocales contrahirt sind. Die grösste Erweiterung der Rima glottidis findet sich bei gleichzeitiger Wirkung der Mm. crico-arytaen. post. und arytaen. transversi et obliqui. Die grösste (sagittale) Verlängerung der Rima glottidis (und vestibuli) tritt bei gleichzeitiger Contraction der Mm. crico-thyreoidei, crico-arytaen. post. und crico-arytaen. lat. ein. Die grösste (sagittale) Verkürzung der Rima glottidis kommt bei alleiniger Contraction der Mm. crico-arytaen. post. zu Stande.

R. SEMON.

115) **P. Grawitz** (Greifswald). **Ueber Regeneration der Kehlkopfschleimhaut.** *Deutsche med. Wochenschr. Vereinsbeil. No. 32. 1900.*

Bei einem Kinde, bei dem eine Cricotomie, dann eine Tracheotomia inf. wegen Diphtherie ausgeführt waren, wobei ein grosses Stück des Ringknorpels nekrotisch geworden war, zeigte die ein Jahr später ausgeführte Obduction auf der Narbe cubisches Epithel mit Anlage neuer Schleimdrüsen. Verf. regt zur weiteren experimentellen Erforschung dieser interessanten Thatsache an.

ZARNIKO.

116) **Tsakuroglous** (Smyrna). **Ein Fall von Blutegel im Larynx.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 1. 1900.*

Der Blutegel gelangte durch Trinkwasser in den Larynx, wo er 8 Tage gesessen und Blutspeien und Athembeschwerden erzeugte.

SCHECH.

117) **Dudrewicz. Ein Fall von Fremdkörper im Larynx. (Przypadek ciala obcego w Krtani.)** *Kronika lekarske. No. 15. 1900.*

Eine 40jährige Frau bekam beim Essen von Brot plötzlich einen heftigen Stich in der Kehle, wozu sich später Schlingbeschwerden gesellten. Nach einer Woche begann Pat. Blut zu speien und das Schlingen war fast unmöglich geworden. Bei der laryngoskopischen Untersuchung nach 14 Tagen fand Verf. in der Gegend des Processus vocalis sinister oberhalb der Santorini'schen Knorpel einen grauen Punkt und unterhalb des Ligamentum ariepiglotticum sinistrum eine prominirende Stelle von ca. 4—5 mm Grösse. Nach Anästhesirung des Kehlkopfs mittelst Cocains wurde von der betreffenden Stelle mittelst einer Pincette, eine Nähnadel von 32 mm Länge extrahirt. Die Kranke genas bald.

A. v. SOKOLOWSKI.

118) **Hirschmann. Ueber Fremdkörper im Larynx.** *Münch. med. Wochenschr. No. 14. 1900.*

Mittheilung von 4 Fällen; die Fremdkörper waren 2mal Knochenstücke, einmal eine Stecknadel, einmal ein 5 Pfennigstück, dessen Entfernung mittelst gekrümmter Sonde glückte, zum Schluss aber verschluckt wurde.

SCHECH.

119) **Guénard** et **Auffret** (Paris). **Fremdkörper im Larynx. (Corps étranger du larynx.)** *Société de Pédiatrie. 13. Februar 1900.*

Demonstration des Larynx und der Trachea eines Kindes, welches trotz der Tracheotomie, die wegen eines im unteren Larynxabschnitt festsitzenden Fremdkörpers vorgenommen wurde, starb.

PAUL RAUGÉ.

120) **Fr. Duplant** (Lyon). **Fremdkörper im Larynx; Intubation. Spontane Ausstossung der Tube und des Fremdkörpers. Heilung. (Corps étranger du larynx. Intubation. Expulsion spontanée du tube et du corps étranger. Guérison.)** *Lyon médical. 28. Januar 1900.*

Zur Zeit ist man über die Behandlung der Fremdkörper bei Larynx beim Kinde nicht ganz einig.

In dem Falle D.'s handelt es sich um ein einjähriges Kind, bei welchem ein Kastanienschale in den Larynx aspirirt worden war. Die dyspnoischen Zufälle, welche hierdurch verursacht waren, wurden durch die Intubation behoben, um jedesmal beim Versuch der Entfernung der Tube wieder aufzutreten.

17 Tage nach dem Unfall warf das Kind auf einmal die Tube mitsammt dem Fremdkörp.r aus.

Wahrscheinlich sass der Fremdkörper in dem Ventriculus Morgagni, wo er jedesmal vortrat, wenn man die Tube entfernte, und so immer einen neuen Anfall hervorrief.

D. schliesst mit einer Vergleichung zwischen Tracheotomie und Intubation bei Fremdkörpern in den Athemwegen. Seine Ansichten gehen dahin:

Intubation, wenn der Fremdkörper klein, weich und von glatter Oberfläche ist.

Tracheotomie, wenn der Fremdkörper voluminös, scharfkantig, spitz oder quellbar durch Feuchtigkeit ist (Brosamen).

Die Tracheotomie muss dann möglichst schnell gemacht werden.

PAUL RAUGÉ.

121) **Gourdet** et **Pelletier. Extraction eines Fremdkörpers aus dem Larynx auf dem Lande. (Extraction d'un corps étranger du larynx à la campagne.)** *Gazette médicale de Nantes. 3. März 1900.*

Zehnjähriges Kind, das einen grossen Tapezierernagel mit goldenem Knopf verschluckt hat. Erstickungsanfälle unmittelbar darauf, die sich bei der geringsten Bewegung wiederholen. Lebhafter Schmerz in der Höhe der Schilddrüse. Unmöglichkeit selbst in der Narcose den Fremdkörper zu entfernen. Tracheotomie; wiederholte Versuche zur Entfernung auf natürlichem Wege sind erfolglos. Endlich gelingt es nach Einführung des Fingers durch den Mund und Fixation des Nagelkopfes mit demselben, mit der durch die Tracheotomiewunde eingeführten Zange den Nagel zu fassen und zu entfernen.

Einfacher Heilverlauf. Die Canüle blieb 8 Tage lang liegen.

(Es scheint, als ob man die Entfernung auf laryngoskopischem Wege unter Controle des Spiegels nicht versucht hat, wenigstens bemerken die Autoren nichts darüber! Anm. des Ref.)

A. CARTAZ.

122) **Wanitschek** (Prag). **Zur Casuistik der Fremdkörper in den Luftwegen.** Sitzung des Vereins deutscher Aerzte in Prag am 26. Januar 1900. *Prag. med. Wochenschr. No. 31. 1900.*

Ein 8jähriger Knabe hatte vor $1^3/_4$ Jahren ein kleines Blechinstrument, womit Kinder die Vogelstimmen nachahmen, angeblich verschluckt und erkrankte unmittelbar darauf an sicherer Diphtherie, weswegen einigemale mit gutem Erfolge intubirt wurde und bald wurde das Kind geheilt entlassen. Nach über 1 Jahr trat mit starkem Husten Athemnoth auf und musste tracheotomirt werden — dabei fand man im subglottischen Raume in Granulationen eingebettet, den genannten Fremdkörper, der leicht extrahirt wurde — Heilung. W. räth in Fällen, in denen bei einem diphtheriekranken Kinde mit hochgradiger Stenose stricte anamnestische Angaben bezüglich Aspiration eines Fremdkörpers gebracht werden, von der Intubation abzusehen und die primäre Tracheotomie auszuführen. CHIARI.

123) **C. A. Misenheimer. Fremdkörper in den Luftwegen. (Foreign bodies in the air passages.)** *The Carolina Medical Journal. Februar 1900.*

Bericht über 6 Fälle von operativ entfernten Fremdkörpern. EMIL MAYER.

124) **R. C. Schultz. Erbse in den Luftwegen. (Peaent in the air passages.)** *N. Y. Med. Record. 3. März 1900.*

Die Pat. hustete den Fremdkörper aus. Die Krankengeschichte endet mit folgender ärztlicher Verordnung: „Ich rieth der Pat., die sehr zum Lachen geneigt war, vorsichtshalber beim Essen nicht zu lachen". LEFFERTS.

125) **Rensburg** (Bonn). **5 Fälle von Fremdkörpern in den Luftwegen.** Dissert. Bonn 1900.

Fall 1. 7jähriger Knabe, Aspiration einer Bohne, Tracheotomie. Entfernung des Fremdkörpers mit Hülfe eines scharfen Löffels.

Fall 2. 6jähriger Knabe, Aspiration einer Zimmermannsschreide, durch Röntgenphothographie wurde die Lage derselben unterhalb der Bifurcation bestimmt, Tracheotomie, Entfernung des Fremdkörpers mit langer Zange aus dem linken Bronchus.

Fall 3. 8jähriges Mädchen, Aspiration einer Bleistifthülse. Röntgenaufnahme zeigte die Hülse in der Höhe des 7. und 8. Aussenwirbels rechts, Tracheotomie, Entfernung des Fremdkörpers mit Hülfe einer langen Zange.

Fall 4. 26jähriger Arbeiter, Aspiration eines Stückes von einem Ginsterstengel (von 8—9 Wochen). Während der Vornahme der Tracheotomie Exitus. Bei der Section fand sich der Fremdkörper im linken Ventr. Morgagni, perichondritischer Abscess.

Fall 5. 1jähriger Knabe, Aspiration eines Stückchen Glas. Vor Vornahme der Tracheotomie Exitus. Der Fremdkörper fand sich im linken Sinus Morgagni, das Zellgewebe wie Trachea und Speiseröhre nekrotisch. SEIFERT.

126) **E. W. Row. Kaffeebohne 2 Monate lang im Bronchus steckend. Tracheotomie. (Coffee grain in bronchus for two months. Tracheotomy.)** *Virginia Med. Semi-Monthly. 22. December 1899.*

Die Operation wurde wegen bedrohlicher Dyspnoe gemacht. Diese liess

nach, kehrte aber am zweiten Tage wieder. Es wurde nun die Canüle entfernt, die Wundränder auseinandergezogen und Pat. hustete eine Kaffeebohne aus. Darauf erfolgte vollständige Heilung.

EMIL MAYER.

127) **Schroetter. Ein Fremdkörper aus dem Bronchus entfernt. (A foreign body removed from a bronchus.)** *N. Y. Med. Record. 20. Januar 1900.*

Der Fremdkörper, ein Stückchen Blei, wurde mittelst XStrahlen in der Höhe der 4. Rippe localisirt. Mittelst des Bronchoskops und einer eigens construirten Zange gelang es Sch. ihn zu extrahiren, ohne dass auch nur die Tracheotomie nöthig wurde.

LEFFERTS.

128) **A. Esquerdo** (Barcelona). **Ein in den Bronchialbaum eingeführter Pflaumenkern; Tracheotomie; Ausstossung. (Huese de circuela introducido an el arbot bronquial; traquetomia; expulsion.)** *Revist. de Medic. y Cirug. pract. No. 28. Enero 1900.*

Der eingedrungene Fremdkörper war $1^1/_2$ cm lang und $^1/_2$ cm breit. Man erkannte durch die Auscultation, dass die Luft nicht in den rechten oberen Lungenlappen eindrang, und dass zahlreiche tracheale Rasselgeräusche existirten. In den ersten Tagen nach der Tracheotomie trat keine Veränderung ein. Verf. nähte darauf den oberen, unteren und die seitlichen Theile der Trachealwunde an die Ränder der Hautincision, in Folge dessen das Kind mehrere Stunden des Tages ohne Kanüle bleiben konnte. Erst am vierten Tage wurde der Fremdkörper ausgestossen, und nach 8 Tagen trat vollständige Heilung ein.

R. BOTEY.

129) **J. F. Crombie. Ein Stück Bernstein 10 Wochen lang im Bronchus steckend. (Piece of amber in a Bronchus for ten weaks.)** *British medical Journal. 31. März 1900. N. Y. Med. Record. 14. April 1900.*

Der Patient fiel mit seiner Pfeife im Mund und das Mundstück brach ab. Leichter Husten während der Nacht. Leichte Dämpfung und abgeschwächtes Athmen über der linken Lungenbasis. Dabei konnte Pat. aber seinem Beruf als Kutscher noch 2 Monate nachgehen. Der Husten wurde schlimmer; es trat Auswurf ein und Pat. musste das Bett hüten. Nach 2 Wochen langem Krankenlager hustete er das Bernstein-Mundstück seiner Pfeife aus. Vollkommene Heilung.

ADOLPH BRONNER.

130) **Longbois** (Joigny). **Silberne Canüle in den rechten Bronchus heruntergefallen. (Corps de canule en argent tombé dans la première divisien bronchique droite.)** *Société médico-chirurgicale. 12. Februar 1900.*

Der Kranke trägt seit einer 1893 wegen Croup ausgeführten Tracheotomie eine Canüle, die er nicht fortlassen kann.

October 1899 brach das erweiterte Endstück der äusseren Canüle ab und die Canüle selber fiel in die Trachea.

Man vergewisserte sich durch Radioskopie, dass der Fremdkörper in der ersten Abzweigung des rechten Bronchus lag.

Trotz aller angestellten Versuche (Trendelenburg'sche Lage, mediane La-

ryngotomie) konnte die Canüle nicht entfernt werden; aber bisher hat ihre Gegenwart noch keine weiteren Folgen gehabt.

PAUL RAUGÉ.

131) **Kiderlen** (Bonn). **Vier Fälle von Fremdkörpern in den tiefen Luftwegen.** *Deutsche med. Wochenschr. Vereinsbeil. No. 10. 1900.*

1. 4,3cm lange Nadel durch Röntgenphotogramme im linken Hauptbronchus eines 11jährigen Mädchens constatirt. Tracheotomia inferior (Prof. Schede). Entfernung der Nadel mit dem Cocainwattewischer durch einen glücklichen Zufall. 2. Zwetschgenkern geräth in die Trachea eines 11jährigen Kindes. Asphyxie. Tracheotomie. Nach 3 Tagen Verblutung durch Arrosion der Anonyma. 3. Bohne in der Trachea, entfernt nach Tracheotomia inferior. 4. Trachealcanüle rutscht in die Trachea hinab. Mit einer Zange glücklich extrahirt. — Bei der Aufzählung der sonstigen Verfahren zur Entfernung von Fremdkörpern aus den Bronchien übergeht Verf. das Wichtigste: die Bronchoskopie Killian's, die doch schon im Jahre 1897 mit Erfolg angewandt war (vgl. Killian-Kollofrath, Münchner med. Wochenschr. 1897. 38.).

ZARNIKO.

132) **G. Killian** (Freiburg i. Br.) **Ein vier Jahre lang in der rechten Lunge steckendes Knochenstück auf natürlichem Wege entfernt.** *Deutsche med. Wochenschr. 10. 1900. N. Y. Med. Record. 24. März 1900.*

Ein 42jähriger Mann aspirirte im März 1896 einen Knochensplitter. Es stellten sich unmittelbar darauf heftige protrahirte Hustenanfälle mit Blutauswurf ein, die am nächsten Tage nachliessen, stechender Schmerz in der rechten oberen Brustgegend. Bald Lungenerkrankung, fötide Bronchitis, später Pleuritis exsudativa. Nachdem Pat. bei 10 Aerzten, 6 Specialärzten und in 7 Krankenhäusern und Kliniken vergeblich Heilung gesucht hatte, wurde er Prof. Killian zugesandt. Diesem gelang es zunächst mit dem Kehlkopfspiegel den Fremdkörper im rechten Hauptbronchus zu entdecken und dann trotz eminent ungünstiger Bedingungen mit Hilfe seines Bronchoskops glücklich zu entfernen. Das Knochenstück war 15mm lang, 11mm breit, 4 × 1—1,5mm dick und erwies sich als ein Stück Rindsrippe. „Dieser Fall ist", so schliesst Verf. seine interessante Mittheilung, „meines Wissens der erste, in welchem ein Jahre lang in der Lunge sitzender Fremdkörper auf natürlichem Wege mit Glück entfernt wurde. Zum ersten Mal kam hier ferner bei einem nicht autoskopirbaren Patienten die obere Bronchoskopie in ihrer lateralen Modification mit Erfolg zur Anwendung. Der Fall lehrt, dass längeres Verweilen eines Fremdkörpers in einem Brochus keine Contraindication für die Entfernung bildet."

ZARNIKO.

133) **G. Ferreri. Ein olivenförmiger Fremdkörperfänger für den Larynx. (Abrasore laringeo-olivere.)** *Bollettino delle Malattie dell'orecchio etc. Juni 1900.*

Ein Instrument, das der Beschreibung nach analog dem bekannten Grätenfänger von Fergusson construirt ist und für die Entfernung von Fremdkörpern aus dem Larynx bestimmt ist. Dasselbe soll sich auch vorzüglich zur Entfernung von Membranen und Papillomen, die das Lumen des Kehlkopfs verlegen, eignen.

FINDER.

134) **Jankelevitch** (Bourges). **Ein Fall von schweren Athembeschwerden durch Erschlaffung der glosse-epiglottischen Falten und consecutiver Verstopfung des Larynxeintrittes durch den Kehldeckel.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde. No. 1. 1900.*

Der Titel besagt Alles. SCHECH.

135) **Hueter** (Hamburg). **Kehlkopfdiaphragma.** *Münchener med. Wochenschr. No. 8. 1900.*

Demonstration eines solchen aus der Leiche eines an Herzfehler Gestorbenen. Es sass an der Epiglottis und verschloss den vorderen Theil des Kehlkopfeinganges vollständig; es war offenbar angeboren. SCHECH.

136) **Hornung** (Sangershausen). **Ueber Perichondritis laryngea.** Dissertation. Würzburg 1899.

Bericht über zwei Fälle von Perichondritis des Schildknorpels auf tuberculöser Basis aus dem leider nicht mehr bestehenden Ambulatorium für Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten von Seifert. SEIFERT.

137) **Ch. Lenhardt. Perichondritis des Larynx traumatischen Ursprungs. (Perichondrite du larynx d'origine traumatique.)** *Revue méd. de Normandie. 25. Februar 1900.*

38jährige Frau verschluckt am 15. September 1899 eine Fischgräte und verspürt sofort einen heftigen stechenden Schmerz im Hals. Den nächsten Tag Dysphagie, Stimmlosigkeit. Man behandelt zuerst auf Nervosität. 3 Wochen später consultirt die Kranke L., welcher Schwellung des rechten Ventricularbands und der rechten Arytaenoidgegend constatirt. Das Stimmband dieser Seite ist unbeweglich, in Folge der Unbeweglichkeit des Arytaenoidknorpels. Eiterstreifen auf der Schleimhaut. Schmerz bei Druck auf den Larynx. Athembehinderung. Verf. diagnosticirt eitrige Perichondritis der hinteren Region des Larynx und versucht eine antisyphilitische Behandlung. Die Athembehinderung nimmt derart zu, dass die Kranke in die Tracheotomie einwilligt, die am 15. December vorgenommen wird. Eitrige Infiltration den ganzen Larynx entlang; aber schnelle Heilung, nachdem der Herd, welcher bis zum hinteren Rand des Thyreoidknorpels reicht, entleert ist. Allmälige Erweiterung der Verengerung; alle von der Perichondritis befallenen Partien sind verdickt, die Stimmbänder berühren sich vorne, die Arytaenoidalknorpel bleiben unbeweglich. A. CARTAZ.

138) **J. E. Platt. Fractur des Zungenbeins und der Kehlkopfknorpel. (Fracture of the Hyoid Bone and of the Laryngeal Cartilago.)** *Philadelphia Med. Journal. 20. Juni 1900.*

P. berichtet den Fall eines 58jährigen Mannes, der von einem Wagenunfall betroffen worden war; wahrscheinlich war ihm das Wagenrad über den Hals und einen Theil des Gesichtes gegangen. Gesicht und Hals zeigten starke Contusion, die Kinnlade war zweimal gebrochen. Ein gewisser Shok war bemerkbar, aber keine besondere Erschwerung der Athmung. Kurz nach der Verbringung des Pat.

ins Hospital wurde die Athmung schlecht, und die Tracheotomie musste ohne Verzug ausgeführt werden. Die Operation war schwierig in Folge der Infiltration der Gewebe mit venösem Blut. Pat. erholte sich von der Operation, aber starb 3 Tage nachher an Bronchopneumonie. Die Untersuchung post mortem ergab neben dem Bruch des linken Unterkiefers eine Fractur des Zungenbeins und des Schildknorpels, Verletzungen, die während des Lebens des Patienten nicht diagnosticirt worden waren. Es bestand eine unvollständige Fractur an der Verbindung des Zungenbeinkörpers mit dem Cornu majus, und eine ausgedehnte Verticalfractur des Thyreoidknorpels, ausgehend von seinem Unterrand unmittelbar rechts von der Mittellinie, nach aufwärts etwas nach links vom Pomum Adami verlaufend, und links von der medianen Einkerbung endigend. Einige Sprünge verliefen ganz kurz beiderseits von der Hauptfractur. Die Schleimhaut des Larynx war stark injicirt und in dem submucösen Gewebe beträchtliche Extravasation von Flüssigkeit.

EMIL MAYER.

139) **v. Hordynski** (Krakau). **Halsdurchschneidung mit dem Rasiermesser.** Wissenschaftl. Verein der Militärärzte der Garnison Krakau, Sitzung vom 17. Februar 1900. — *Der Militärarzt. No. 13. 1900.*

Der Schnitt, in selbstmörderischer Absicht geführt, durchtrennte die Vena jugularis ext. dextra und Gefässzweige der beiden Art. thyreoid. sup. sowie den Kehlkopf 2 cm unterhalb des oberen Randes des Schildknorpels bis beinahe zur hinteren Wand.

Nach Blutstillung und prophylaktischer Tracheotomia sup. schichtenweise Naht des Kehlkopfes, der Musculatur und der Haut. Nach 10 Tagen Entfernung der Canüle, Heilung der Nahtwunde per primam. In 14 Tagen geheilt entlassen.

CHIARI.

140) **L. Morestin. Querwunde des Larynx, Naht, Heilung in 8 Tagen. (Plaie transversale du larynx, suture, guérison en huit jours.)** *Gaz. des hôpitaux. 6. Februar 1900.*

26jähriger Mann wird Abends in das Spital gebracht wegen eines Selbstmordversuchs. Er hatte sich mit einem Rasiermesser zwei Wunden beigebracht, eine am Vorderarm, die andere am Hals. Die Erstickungsanfälle und die Blutung hörten auf, nachdem die Wunde verbunden war. 3 Stunden später untersuchte Morestin den Kranken und constatirte ein Aussickern des Blutes durch die Verbandstücke. Der Kranke ist sehr schwach und kann nur mit leiser Stimme sprechen.

Nach Entfernung des Verbandes wurde die Stimme plötzlich völlig aufgehoben und die Athmung vollzog sich durch die Wunde. Diese Wunde ist 8 cm lang, quer verlaufend und entspricht dem Zwischenraum zwischen Cricoid- und Thyreoidknorpel. Die Membrana crico-thyreoidea klafft und die linke untere Partie des Thyreoidknorpels ist angeschnitten. Die Musc. sternothyreoidei und cleidohyoidei sind durchschnitten. Kein Emphysem, keine blutige Infiltration.

M. hielt den Fall zur Naht geeignet. Mit Hilfe der feinen Reverdin'schen Nadel legte er, ohne die Schleimhaut zu durchstechen, 7 oder 8 Catgutnähte.

Die Muskeln, und dann successive die verschiedenen Gewebsschichten, wurden vereinigt; die Haut wurde mit Florentiner Rosshaar geschlossen und der Kranke vermochte unmittelbar danach zu sprechen. Einfacher Heilverlauf. Nach 8 Tagen verliess der Kranke das Spital ohne Störung der Athmung und mit guter Stimme.

M. schliesst daraus, dass in bestimmten Fällen von Schnittverletzung des Larynx die Naht vortheilhaft ist.

A. CARTAZ.

141) **Pieniazek** (Krakau). **Intubation bei chronischen Kehlkopfstenosen der Kinder. (Lecrenie intubacya zwgien Krtani przewlekiych w dzieci.)** *Dziennik Zjarda Lekarzy i Przyrodników Polskich w Krakowie Str. 156.*

Dieselben entstehen manchmal infolge von Kehlkopfdiphtherie oder selbstständig bei sog. Laryngitis chronica subglottica. In diesen Fällen wurden vom Verf. mit gutem Erfolge Intubationen mittelst modificirter O'Dwyer'scher Tuben ausgeführt. Dieselben sind entsprechend breiter und der untere Theil der Tuben stellt eine Art breiter Ellipse dar.

A. SOKOLOWSKI.

142) **Bernard Pitts. Wann ist die Intubation unzweckmässig? (When Intubation is unsuitable.)** *N. Y. Med. Record. 24. März 1900.*

Bei Obstruction durch Fremdkörper; Ulceration (syphilitische oder tuberculöse) des Larynx; Obstruction durch Neubildungen, einfacher oder maligner Art; Obstruction durch Druck einer Struma oder eines anderen Halstumors; Obstruction durch postpharyngealen Abscess.

LEFFERTS.

143) **Wm. P. Warmouth. Ulceration und Narbenbildung im Larynx im Anschluss an die Intubation. (Ulceration and cicatrical formation in the larynx following intubation.)** *Journal American Med. Assoc. 3. Februar 1900.*

Es werden 3 Larynx- und Tracheapräparate demonstrirt, die Ulceration und Stenose des Larynx und Intubation bei Diphtherie aufweisen.

In einem Falle wurde die Tube 14 Tage getragen, dann wurde sie herausgenommen; aber die Dyspnoe war so gross, dass sie wieder eingelegt werden musste, und so ging es jedesmal, wenn man sie entfernen wollte. Die Tube wurde nun wieder im ganzen 14 Tage eingelegt, dann wurde die Tracheotomie gemacht, aber Pat. starb 3 Tage nachher. Die Präparate zeigten ausgedehnte Ulceration und narbige Veränderungen.

In dem 2. Falle war nach Intubation mit nachfolgender Tracheotomie complete Occlusion eingetreten, bei dem dritten, nicht tracheotomirten hochgradige Stenose.

EMIL MAYER.

144) **W. P. Northrup. Atresie des Kehlkopfs in Folge fehlerhafter Intubation. (Atresia of the larynx dento faulty intubation.)** *Philadelphia Medical Journal. 5. Mai 1900.*

Der Operateur, offenbar ein Anfänger, trug Schuld. Das Kind hatte die Tube mehrmals ausgestossen. Bei dem Wiedereinführen, zu dem stärkere Nummern bis No. 5 benutzt wurden, war wohl die Schleimhaut des Kehlkopfes verletzt worden; es trat Dyspnoe ein und die Tracheotomie wurde erforderlich. Nun konnten die verletzten Flächen im Larynx ruhig zusammenheilen und obgleich

später eine Operation gemacht wurde, gelang es nicht, die Obstruction zu beseitigen. Das Kind starb.

EMIL MAYER.

145) **Comba. Ein Fall von Trachoostenesis nach Tracheotomie, geheilt durch Intubation. (Un caso di stenosi tracheale secunderia alla tracheotomia guerito colla intubatione.)** *Academia Medico-Fisica Fiorentina. Juni 1900.*

Es handelt sich um ein 5jähriges Mädchen, bei dem das Decannulement nicht gelang, wie sich nachher ergab, weil — wahrscheinlich in Folge zu klein angelegter Tracheotomiewunde — die vordere Trachealwand sich in das Lumen vorwölbte. Nach siebenmonatlichen vergeblichen Decannulementsversuchen wurde die Tracheotomienarbe excidirt, der Schnitt verlängert und ein O'Dwyer'scher Tubus eingeführt, der zunächst 72 Stunden liegen blieb und dann 25 Stunden lang entfernt wurde. Es gelang unter allmäliger Verlängerung der zwischen den Intubationen liegenden Zeiträume endlich Schliessung der Tracheotomiewunde und völlige Heilung herbeizuführen.

FINDER.

146) **G. W. Crile. Beobachtungen bei der Laryngotomie, Tracheotomie, Intubation, auf Grund klinischer und experimenteller Erfahrungen. (Observations in laryngetomy, tracheotomy, intubations; based on clinical and experimental evidence.)** *Journal American Medical Association. 31. März 1900.*

Laryngotomie: Chirurgen sehen nicht selten bei Ausführung der Laryngotomie einen Collaps in dem Moment eintreten, wo die Incision in den Larynx gemacht wird und die Ränder der Wunde zum Einführen der Canüle nach der Seite gezogen werden. Selbst der Tod kann in diesem Augenblick eintreten. Solche Vorkommnisse ereignen sich oft bei eiligen Operationen. Es ist gut, wenn eine Laryngotomie ausgeführt werden muss, sich dieses Punktes zu erinnern. Es würde wesentlich zur Sicherheit der Operation beitragen, wenn die Incision zuerst in dem Raume zwischen Cricoid- und Thyreoidknorpel vorgenommen und dann durch diese Incision hindurch die Larynxschleimhaut cocainisirt würde. Wenn dies gut ausgeführt wird, kann keinerlei Manipulation mehr irgendwelche Reflexphänomene hervorrufen. In gleicher Weise würde man bei Einführung der Canüle bei hoher Laryngotomie in beinahe sicheren Conflict mit der Kehlkopfsensibilität gerathen und die oben angedeuteten Symptome verursachen. Wenn auch durch künstliche Athmung meist noch Abhülfe geschaffen werden kann, so muss man sich doch erinnern, dass ebensowohl die Herzthätigkeit gehemmt sein kann. Das Cocain schützt fast sicher vor dem Herzstillstand; man thut aber doch besser daran, vor Beginn der Operation eine subcutane Atropininjection zu machen.

Tracheotomie: Die Resultate der von C. angestellten Untersuchungen sind von praktischer Bedeutung; sie erweisen hauptsächlich die grosse Sicherheit der operativen Proceduren, soweit die unmittelbaren Erfolge in Betracht kommen. Wenn wir die Operationen an der Trachea mit denen am Larynx vergleichen, müssen wir hinsichtlich der Wahl, ob Tracheotomie oder Laryngotomie, sagen, dass die Principien bei der Ausführung beider Operationen bei der Auswahl wesentlich ins Gewicht fallen.

Die experimentellen Ergebnisse bei der Intubation: Die Unter-

suchungen zeigen, dass die Reflexhemmung die Folge von Impulsen ist, die durch die mechanische Reizung der Endigungen der Nn. laryngei superiores gesetzt werden.

EMIL MAYER.

147) **Pieniazek** (Krakau). **Die chirurgische Behandlung der Tracheestenosen. (Miragi o leczenia chirwigicruem zwgzeu tchawicy.)** *Dziennik Zjarda Lekarzy i Przyrodników Polskich w Krakowie Str. 155.*

Die verschiedenen Arten der Tracheostenosen werden vom Verf. derart behandelt, dass die einleitende Tracheotomie möglichst hoch ausgeführt wird, da die folgende Behandlung bequemer unterhalb als oberhalb der Canüle auszuführen ist. Die folgende Behandlung ist verschieden je nach der Ursache der Stenose (Auskratzungen, Exstirpationen etc.) und wird stets unter der Controle des Auges ausgeführt; dann folgen die methodischen Dilatationen, welche mit entsprechenden, vom Verf. construirten Kautschukdilatatoren von zunehmender Grösse ausgeführt werden. Verf theilt einige Krankengeschichten zur Illustration mit.

A. SOKOLOWSKI.

148) **Kuhn** (Kassel). **Der Metallschlauch bei der Tubage und als Trachealcanüle.** *Wiener klin. Rundschau. No. 28. 1900.*

Der Apparat besteht aus folgenden Theilen: ein ca. 20—30 cm langes Metallschlauchrohr von wechselnder Weite, welches an seinem äusseren Ende eine Platte trägt, die das Hineingleiten in die Wundhöhle verhindert. Dieses Rohr wird mittelst eines massiven Führungsstabes — nach Art des O'Dwyer'schen Intubators — eingeführt, welcher an seinem inneren Ende das Rohr abschliesst und abrundet.

Mit Hülfe dieses Instruments ist es möglich, in manchen Fällen die Tracheotomie zu umgehen.

Als Trachealcanüle eignet sich dieses biegsame Metallschlauchrohr insofern, als dadurch die häufig auftretende Druckusur durch das innere Ende einer starren Canüle bei längerem Tragen vermieden wird.

CHIARI.

149) **Gersuny** (Wien). **Ueber eine erprobte Trachealcanüle.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 26. 1900.*

Obige Canüle hat folgende Form: Ein gerades Rohr in der Trachea, das in einem kleinen Bogen durch die Wunde nach aussen zum Schild geht und sich gegen dieses zu trichterförmig erweitert. Die Innencanüle ist gut eingepasst und steif — die Entfernung vom Fenster der Canüle bis zum Schild ist auffallend gross, der Schild ist nicht in der Mitte durchlocht, sondern hat einen nach unten offenen Ausschnitt, um Decubitus an der Haut zu vermeiden. — Vortheile dieser Canüle sind: Verhütung von Decubitus in der Trachea und an der äusseren Haut, weites Klaffen der Wunde, leichtes Wiedereinführen, leichtes Reinigen u. a. m. — Allerdings ist es nöthig, die Trachea in grösserer Ausdehnung zu eröffnen.

CHIARI.

150) **Dworetzki. Ein Fall von angeborener Trachealfistel. (Hutschai wroshgennawo trachealnawo swischtscha.)** *Med. obos. Juni 1900.*

Bei einem 14jährigen Jungen besteht in der unteren Abtheilung des Halses in der Mittellinie eine Fistel, aus der sich Schleim ausdrücken lässt.

P. HELLAT.

151) **Ott. Zur Aetiologie der fibrinösen Bronchitis.** *Münch. med. Wochenschr. No. 28. 1900.*

Ott glaubt auf Grund einer Beobachtung an einem 15jährigen Scheerenschleifer, dass die Affection, nachdem die Brochialschleimhaut durch Einathmung feinster Metalltheilchen in einen Entzündungszustand versetzt worden war, durch Einwirkung pathogener Mikroorganismen, speciell des Pneumococcus und Staphylococcus pyog. aureus verursacht wurde.

SCHECH.

152) **G. Killian** (Freiburg i. Br.). **Zur diagnostischen Verwerthung der oberen Bronchoskopie bei Lungencarcinom.** *Berliner klin. Wochenschr. 20. 1900.*

Bei einem 63jährigen Pat. bestand bei gutem Nährzustande seit $1^1/_2$ Jahren Bluthusten, zu dessen Erklärung die gewöhnlichen Untersuchungsmethoden zunächst vollkommen versagten. Pat. wurde K. überwiesen, damit dieser es versuche, womöglich bronchoskopisch den Sachverhalt aufzuklären.

K. konnte zunächst durch die gewöhnliche Tracheoskopie nachweisen, dass der blutige Schleim der rechten Lunge entstammte. Nun konnte auch percussorisch und durch Auscultation, sowie ferner radiographisch ein Herd nachgewiesen werden, der entweder vorn im unteren Theil des Oberlappens oder hinten im oberen Theil des Unterlappens liegen musste. Endlich konnte K. mit seinem Bronchoskop bis zu dem Bronchus vordringen, der zu dem Herde führte, und er bestimmte ihn als das oberste (dorsale) Aestchen des Stammbronchus, wonach der Herd in den Unterlappen zu verlegen war. Ueber die Natur der Erkrankung schwankte man zwischen der Annahme eines zerfallenden Carcinoms oder eines Echinococcus.

Der kurze Zeit später an Herzschwäche eintretende Exitus gestattete die anatomische Aufklärung des noch Zweifelhaften. Es handelte sich um ein Carcinom, das im Oberlappen (Verzweigungsgebiet des Ramus anterior) sass. Auf welche Art der diagnostische Irrthum bezüglich der Localisation zu Stande gekommen, möge man im Original nachlesen, das die einzelnen Stadien und Etappen der diagnostischen Erkenntniss mit der beim Verf. gewohnten Präcision schildert, zugleich aber auch die sehr erheblichen Schwierigkeiten erkennen lässt, mit denen die ganze Untersuchnng verknüpft ist.

ZARNIKO.

f. Schilddrüse.

153) **P. Eisler. Der Musc. levator glandulae thyreoideae und verwandte präläryngeale Muskelbildungen.** *Anat. Anz. Bd. XVII. No. 10/11. 1900.*

Eisler beschreibt einige neue Varietäten der an der bindegewebigen Hülle der Schilddrüse inserirenden, wenig selbstständigen Muskeln und kommt zu dem

Resultat, dass nach Innervation und Lagebeziehungen drei Kategorien von Levatores gland. thyr. zu unterscheiden sind:

1. Levatores gland. thyr. anteriores s. ventrales = Abspaltungen vom M. cricothyreoideus (N. laryng. sup.) meist selbstständig gewordene Muskeln neben oder in der Medianlinie; Ursprung an Schildknorpel oder Zungenbeinkörper, Insertion an Lob. pyramidalis, Basis der Lobi laterales der Schilddrüse.

2. Levatores laterales = einfache, unselbstständige Abspaltungen von der Oberfläche des M. thyreoideus (N. hypoglossus) in der Nähe des Tuberc. thyreoideum inf. zum Rande oder zur Medialfläche des Lobus lateralis.

3. Levatores posteriores s. dorsales = einfache, unselbstständige Abspaltungen von der Oberfläche des M. constrictor pharyngis inf. (N. vagus) im Niveau des Ringknorpels, zur Medialfläche des Lobus lateralis der Schilddrüse.

R. SEMON.

154) **Gustav Lusena. Functionelle Beziehungen zwischen Schilddrüse und Nebenschilddrüsen. (Functional Relation between the Thyroid and the Parathyroid Glands.)** *N. Y. Med. Record. 2. Juni 1900.*

Während in einigen Fällen die Theorie völlig zu Recht besteht, dass die Entfernung der Thyreoidea und des parathyreoiden Apparates den Stoffwechsel beschleunigt, sowie die Schwere und den schnellen Verlauf der Cachexia erhöht, kann die Ansicht nicht aufrecht erhalten werden, dass ganz allgemein alle Symptôme, welche sich nach Parathyroidectomie und Thyro-parathyroidectomie einstellen, der Vermehrung oder Verminderung des Stoffwechsels zuzuschreiben sind.

LEFFERTS.

155) **Richard M. Leeper. Fälle von Geistesstörung bei Behandlung mit Thyreoidea-Extract. (Cases complicated with Mental Disorder Treated by Thyroid Extract.)** *N. Y. Med. Record. 10. Februar 1900.*

L. behauptet, dass die Thyreoideabehandlung in allen Fällen von Geistesstörungen, die sich stetig verschlechtern, und bei denen ein Grund zur Annahme einer Insufficienz der Schilddrüse vorliegt, nothwendig ist. Angesichts der cumulativen Eigenschaften der Substanz muss ihre Wirkung sorgfältig überwacht werden. Dieselbe verdankt ihren Heilerfolg der unmittelbar anregenden Wirkung auf die Rinde und der durch sie verursachten Steigerung des allgemeinen Stoffwechsels. Das Ansteigen der Temperatur ist durchaus nicht das constanteste Symptom der Reaction auf Schilddrüsenzufuhr. Der Vermehrung der Pulszahl und Beschleunigung der Circulation muss vermuthlich der grösste Theil des Erfolges der Behandlung zugeschrieben werden. Der Verf. schliesst damit, dass wir, wenn wir erst die Functionen und Wirkungsweise der Secretionen der Drüsen ohne Ausführungsgang besser kennen werden, die Lösung für manches Problem der Psychiatrie finden werden.

LEFFERTS.

156) **Chas E. Hirsch. Ein klinischer Beitrag zur Schilddrüsentherapie. (A clinical contribution to thyroid therapy.)** *N. Y. Medical News. 24. Februar 1900.*

In einer Publication in der Medical Times and Register (6. März 1897) be-

richtete H. über vorläufige Untersuchungen mit Jodothyrin. Seitdem sind seine weiteren Resultate so günstig gewesen, dass er sich veranlasst sieht, dieselben jetzt mitzutheilen. Der erste Fall, den er zur Kenntniss bringt, ist ein Morbus Basedow; ferner werden 3 Fälle von Körpergewichtsreduction bei Fettleibigkeit u. a. m. mitgetheilt.

LEFFERTS.

157) **Bacaloglu** (Paris). **Cystisches Adenom der Schilddrüse. Basedow'sche Symptome. (Adénome kystique du corps thyroide. Symptômes basedowiens.)** *Gazette des hôpitaux. 11. Januar 1900.*

Der Kranke, der mit einer voluminösen Struma behaftet ist, zeigt Basedow'sche Symptome und ausserdem Anfälle von Dyspnoe in Folge von mechanischer Compression der Trachea.

Es wird die partielle Thyreoidectomie vorgenommen und der Kranke stirbt am folgenden Tage.

Die Autopsie ergiebt, dass es sich um ein cystisches Adenom handelt, das gewissen Ovarialcysten und der cystischen Erkrankung der Brust (Reclus) ähnlich ist.

PAUL RAUGÉ.

158) **George W. Hall. Morbus Basedowii bei Schwestern. (Exophthalmic goiter occurring in sisters.)** *Philad. Med. Journal. 13. Januar 1900.*

Die erste Patientin ist 23 Jahre alt, geboren in Deutschland und lebt hier seit zehn Jahren. Kinderkrankheiten sind der Anamnese nach nicht vorhanden. Vor 4 Jahren hörte 9 Monate lang die Menstruation auf; damals bemerkte die Patientin selbst eine Vergrösserung ihrer Schilddrüse und bald darauf fiel ihrer Schwester auf, dass ihre Augen grösser wurden. Sie hatte niemals deprimirte Stimmung, ebenso wenig Diarrhoen oder sonst irgend welche Erscheinungen. Jetzt bietet sie alle Symptome des Morbus Basedow dar. Tachycardie, 98 Pulse, Struma, ausgesprochenen Exophthalmus und Tremor.

Die 22jährige Schwester ist gleichfalls in Deutschland geboren und wohnt seit 5 Jahren in Amerika. Sie hatte vor 2 Jahren einige Wochen lang einen nicht sehr schweren entzündlichen Rheumatismus. Ihre Menstruation setzte vor 10 Monaten aus; um die gleiche Zeit begann die Schilddrüse zu wachsen und kurze Zeit danach entwickelte sich Exophthalmus. Beide Patientinnen hatten ausgesprochene Tachycardie; beide haben eine pulsirende Struma, wie sie in etwa 90 pCt. aller Fälle auftritt. Der Exophthalmus ist in beiden Fällen sehr ausgesprochen und begleitet von dem Graefe'schen, Stellwag'schen und Moebius-schen Symptom. Ein dem Ermüdungstremor sehr ähnlicher Tremor ist in beiden Fällen deutlich.

EMIL MAYER.

159) **Redact. Notiz. Locale Massage bei Morbus Basedowii. (Local massage in exophthalmic goiter.)** *N. Y. med. Journal. 24. Februar 1900.*

Diese Procedur soll mit einigem Erfolg angewandt worden sein. Bei weichen pulsirenden Strumen soll sie besonders nützlich gewesen sein. Die Massage soll sorgfältig und anfangs nur leicht über einem Lappen und nur mit einer Hand gemacht werden. Später kann die Massage allmählich immer tiefer werden, bis die ganze Drüse emporgehoben und sanft massirt wird.

LEFFERTS.

160) **Albert de la Chapelle** (Finland). **Ein Fall von infantilem Myxödem. (Ett fall af infantilt myxödem.)** *Finska Läkare sällskapets Handlingar. No. 7. S. 717. 1900.*

Der Verf. giebt zuerst eine Uebersicht über die Myxödem-Frage und theilt einen Fall von atrophischem Myxödem bei einem Kinde (vide Combe: Myxoedème, Grancher, Comby et Marfan: Traité des maladies de l'enfance, tome III. p. 908) mit. Die Pat. wurde am 21. Juli 1881 geboren, und war im ersten Lebensjahre vollständig gesund. In ihrem 2. Jahre entwickelten sich die myxödematösen Symptome und als sie am 11. Januar 1896 in die Kinderklinik aufgenommen wurde, zeigte sie das Bild eines myxödematösen Kindes, das in seiner geistigen und körperlichen Entwickelung einem zweijährigen Kinde glich. Eine Thyreoidinbehandlung bewirkte, dass das Mädchen sich im Laufe einiger Jahre mächtig in körperlicher und geistiger Beziehung entwickelte. Die Beobachtung ist sehr genau durchgeführt und die Arbeit durch Tabellen und Photographien illustrirt.

SCHMIEGELOW.

161) **A. C. van Bruggen** (Dordrecht). **Ein Fall von congenitalem Myxödem. (Een geval van congenitaal myxoedeem.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. S. 131. 1900.*

Ausführliche, durch Photographien illustrirte Beschreibung eines typischen Falles von Myxoedema (sporadischer Cretinismus) bei einem 3 Monate alten Kinde. Unter Thyreoidbehandlung (Pulv. gland. thyr. 2 dd mgr 20) erhebliche Besserung sämmtlicher Erscheinungen; das Körpergewicht sinkt in drei Wochen von 6,3 Kgr. auf 5,55 Kgr.); die Thyroiddosis wird auf die Hälfte zurückgebracht. Im Alter von 9 Monaten nach einer nur während 6 Wochen unterbrochenen Thyreoidcur, ist das Kind so gut wie symptomlos.

H. BURGER.

162) **A. Pedenko. Ein Fall von Myxödem. (Slutschai slisistowo oteka.)** *Wratsch. No. 24. 1900.*

Besserung durch Schilddrüsenpräparate, nachdem Pat. 3 Jahre lang vergeblich behandelt worden war.

P. HELLAT.

g. Oesophagus.

163) **Fleiner** (Heidelberg). **Neue Beiträge zur Pathologie der Speiseröhre.** *Münch. med. Wochenschr. No. 16 u. 17. 1900.*

Fl. theilt mehrere Fälle von „Vormagen" oder Erweiterungen des untersten Theiles der Speiseröhre mit. Da wo sich die Speiseröhre ampullenartig zu erweitern beginnt, tritt die Längsmuskulatur der Speiseröhre bündelförmig auseinander und lässt sich in Form weisslicher isolirter Streifen in der Wand der Ampulle nach abwärts verfolgen. Die Grösse der tiefsitzenden Speiseröhrenerweiterungen ist sehr verschieden. Je grösser dieselben sind resp. die Massen der angestauten Speisen, desto grösser sind auch die Beschwerden. Die Form ist meist spindelig. Obwohl angeborene Erweiterungen der Speiseröhre lange Zeit symptomlos verlau-

fen können, so treten meist doch schwerere Erscheinungen auf, so besonders heftiger Druck über dem Magen hinter dem Sternum oft heftigster Schmerz; ferner kommt es zu Regurgitiren der Speisen und zu Rumination oder gar zu anfallsweise auftretenden Einklemmungserscheinungen. Die Diagnose stützt sich auf die Erscheinungen und die Ergebnisse häufiger Sondirungen; die Therapie besteht in Speiseröhrenspülungen und Salicylsäure oder Bismuthaufschwemmungen, Regelung der Diät.

SCHECH.

164) **Maurice H. Richardson. Fall eines Mannes, der seine Hosenträger verschluckte. Entfernung durch äussere Oesophagotomie. Heilung. (The case of a man, who swallowed his suspenders, removal by external Esophagotomy; recovery.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 15. Februar 1900.*

Ein Geisteskranker hatte allerhand Dinge verschluckt. Das Röntgenbild liess unzweifelhaft eine Hosenträgerschnalle in der Höhe des Arcus aortae und möglicherweise eine zweite etwas höher oben erkennen. Am 15. Aril wurde die äussere Oesophagotomie vorgenommen. Bei der Eröffnung des Oesophagus trat eine dünne faulig riechende bräunliche Flüssigkeit aus. Der Finger konnte sofort wahrnehmen, dass der Oesophagus unterhalb der Incision durch etwas Weiches verlegt war. Mittelst einer gekrümmten langarmigen Zange wurde zuerst eine Kugel und eine Schnur, die an einem Metallring befestigt waren, herausbefördert; dann ein halber Hosenträger mit 2 Schnallen endlich eine dritte Schnalle, alles bedeckt mit dunklem faulig riechendem Schleim. Die Olivensonde, der Münzenfänger, die Borstensonde wurden nach einander in den Magen eingeführt, ohne eine weitere Verlegung vorzufinden. Mit dem Finger konnte eine Geschwürsfläche gefühlt werden gerade oberhalb des Aortenbogens. Der Fall kam zur Heilung. — Verf. citirt zum Schluss einige ähnliche Fälle.

EMIL MAYER.

165) **G. Kronig. Vorsichtsmaassregeln beim Gebrauch der Schlundsonde in Fällen von Alkalien- oder Säureverätzungen der Oesophagus- und Magenschleimhaut. (Precautions in the use of sounds in affections of the mucous membrane of the oesophagus and stomach produced by alkalies or acids.)** *St. Paul Med. Journal. Februar 1900.*

Ein weicher Nelaton-Katheter wird eingeführt und 20—30 ccm warmes Oel in den Oesophagus injicirt; danach wird ein weicher Magenschlauch eingeführt. Zur Magenspülung wird der Pat. fast horizontal gelegt und mit etwas erhöhtem Kopfe und unter ganz geringem Druck wird eine kleine Quantität (250—300 ccm) Flüssigkeit eingegossen. Nach einigen Minuten wird die Spülung durch Senken und Heben des Schlauches fortgesetzt, bis die Flüssigkeit klar abläuft. Obgleich dieses Verfahren zuweilen eine Stunde dauert, ist es doch als sehr wirksam zu empfehlen.

EMIL MAYER.

166) **Walter Zweig. Neue Behandlungsweise für das Oesophaguscarcinom. (A new method of treatment of Carcinoma Esophagi.)** *Albany Med. Annals. Februar 1900.*

Rosenheim's Methode besteht in einer Oesophagusspülung mit der weichen Schlauchsonde, die bis zur Strictur eingeführt wird, von höchstens 150 g Wasser,

damit nicht eine Dilatation erzielt wird. Danach werden 50 g Olivenöl eingegossen und der Magenschlauch während des Eingiessens herausgezogen. Bei bestehenden Schmerzen wird 40proc. Eucain statt des Oels angewandt. 6 Krankengeschichten werden mitgetheilt.

EMIL MAYER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Handbuch der Laryngologie und Rhinologie. Herausgeg. von **P. Heymann.** Wien 1896—1900. Alfred Hölder. Fortsetzung: Band II, Der Rachen.

Die propädeutischen und allgemeinen Capitel sind bereits — im XIV. und XV. Jahrgang des Centralblattes — besprochen worden.

Von den acuten Entzündungen behandelt Kronenberg die Pharyngitis catarrhalis, Herpes, Erysipel und Phlegmone, Gangrän und Soor. Von dieser verdienstvollen Besprechung sind eine Anzahl acuter Entzündungen ausgeschlossen, welche weiter nach hinten, unter Tonsillitis acuta, zu finden sind. Erysipel und Phlegmone behandelt Verf. zusammen und acceptirt er, mit Semon, die „pathologische Identität" dieser Processe. Die Prognose der Angina gangraenosa nennt Verf. schlecht, er selbst aber sah einen günstig verlaufenen Fall. Auch Ref. beobachtete einen solchen, in welchem die Gangrän gleichfalls auf die linke Mandel beschränkt blieb.

Pharyngitis diphtheritica. — Aus dem ins Unendliche herangewachsenen Material nur das Hauptsächliche herauszunehmen, dabei aber nichts Wesentliches zu übergehen, diese Aufgabe hat Hoppe-Seyler in wirklich ausgezeichneter Weise erfüllt. Er hat den guten Gedanken gehabt, zuerst die Diphtherie als allgemeines Krankheitsbild zu schildern. Daran schliesst der specielle Theil über die Localisation im Rachen. Zur örtlichen Behandlung empfiehlt er den Spray, und zwar gebraucht er im Anfangsstadium 1 p. M. Sublimatlösung, später Chloralhydrat in 5—10 proc. Solution und lässt dazwischen fortwährend Eis schlucken und wenn möglich jede Stunde mit chlorsaurem Kali gurgeln.

Die chronischen Entzündungen. — Ausführlich bespricht Chiari die Auffassungen der Autoren mit Bezug auf die Eintheilung der verschiedenen Formen chronischer Pharyngitis. Er selbst führt als selbstständige Erkrankungen die chronica simplex, die granulosa und die sicca an, wozu als seltene Localisationen noch die lateralis und der isolirte Catarrh des Nasenrachenraumes kommen. Letzteren konnte er nur ausserordentlich selten beobachten. Die Bearbeitung des ganzen Capitels ist interessant; der mit mehreren gelungenen Abbildungen illustrirte Abschnitt der pathologischen Anatomie besonders hervorzuheben. Therapeutisch liebt Verf. Bepinselungen am meisten. Die nicht verwerfliche Massage leiste gewiss nicht mehr. Was er über die Aetzung der hypertrophischen Partien sagt, ist aller Beachtung werth.

Die Fremdkörper werden von Jurasz in angenehmer und zugleich erschöpfender Weise behandelt. Auf die Palpation legt Verf. für die Diagnostik nur ein sehr geringes Gewicht. Ref. möchte für feine Fischgräten eine Ausnahme gemacht wissen, weil dieselben mitunter bei genauer ocularer Untersuchung übersehen, vom palpirenden Finger aber gefühlt werden können.

Die Verletzungen des Rachens. — „Die Rachenhöhle ist infolge ihrer tiefen und geschützten Lage nur wenig der Gefahr ausgesetzt, von Schädlichkeiten getroffen zu werden, die eine Zerreissung oder Verwundung des Gewebes herbeiführen". Diesem nicht sehr wichtigen Thema hat Jurasz fünf Seiten gewidmet.

Körner giebt einen sehr klaren Ueberblick über die Neurosen des Schlundes. In der Einleitung macht er auf die vollkommene Unempfindlichkeit des Zäpfchens bei Berührung mit körperwarmen Gegenständen sowie auf den Umstand aufmerksam, dass das Gaumensegel in der Mitte am empfindlichsten ist, wie er mittelst Tasterzirkel nachgewiesen hat. Dass das Klossgefühl bei Erkrankungen der Zungenmandel mit Hysterie nichts zu thun hätte, kann Ref. nicht zugeben, der im Gegentheil meint, dass in der Regel die nervöse Disposition das Verbindungsglied zwischen den meistens nur geringfügigen Abweichungen an der Zungentonsille und den subjectiven Beschwerden bildet.

Die Neubildungen des Rachens sind von Mikulicz und seinem Mitarbeiter Kümmel in trefflicher Weise behandelt worden. Die Eintheilung der zahlreichen Geschwulstformen ist nach dem klinischen Charakter und dem Sitz gleichzeitig geschehen. Die gutartigen Geschwülste des „Mesopharynx" sind viel häufiger, als in der Regel angenommen wird. Der Reihe nach beschreibt Verf. die gestielten Geschwülste (Fibrom und Papillom), die seltenen Angiome und Cysten und die zwischen den Blättern des weichen Gaumens gelegenen, abgekapselten, vom Verf. „intramuralen" getauften Geschwülste. Dieselben sind — mit Eisenmenger und Volkmann — fast regelmässig als Endotheliome zu betrachten. Als congenitale Bildungen werden Polypen und retroviscerale Strumen beschrieben. Für die Untersuchung sowohl wie bei der Operation im „Hypopharynx" erachtet Verf. die Kirstein'sche Spateluntersuchung als ganz hervorragend geeignet, den Kehlkopfspiegel zu verdrängen. Im Hypopharynx sind gutartige Geschwülste Seltenheiten. Am Zungengrund kommen — zwar selten — Fibrome, Fibrolypome und Cysten vor. Die Struma suprahyoidea bezeichnet Verf. noch als recht selten. Die bösartigen Geschwülste — Sarcome und Carcinome — die im Meso- und Hypopharynx viel häufiger vorkommen als bisher angenommen worden ist, sind ganz eingehend in ihren verschiedenen Haupttypen geschildert worden. Besonders wird die Schwierigkeit und die hohe Bedeutung derDifferentialdiagnose zwischen Krebs und primärem Tonsillarschanker hervorgehoben. Unter den Geschwülsten des Epipharynx stehen die typischen Nasenrachenpolypen voran. Die zahlreichen Behandlungsmethoden werden hier in systematischer Weise vorgeführt und kritisch gewürdigt. Die anderen gutartigen sowie die bösartigen Geschwülste des Epipharynx werden kurz abgehandelt. Mit der Anfertigung des ausgezeichneten, 689 Nummern zählenden Literaturverzeichnisses hat Kümmel sich recht verdient gemacht.

Verengerungen und Verwachsungen. — Nachdem er einige weniger

bedeutende Formen der Rachen-Verengerung erörtert hat, giebt Heymann von den durch Verwachsungsvorgänge verursachten Verengerungen und Verwachsungen eine ausführliche Schilderung. Die Verwachsungen im Nasenrachenraum, diejenigen des weichen Gaumens und des unteren Rachenraumes werden nach einander besprochen und sowohl die mannigfaltigen Erscheinungsformen wie die Symptome derselben eingehend behandelt. Von totalen Verwachsungen des Gaumens mit der hinteren Rachenwand hat Verf. in der Literatur etwa 120 Fälle aufgefunden. Die aus der vielfach gepflogenen Benutzung secundärer Literaturquellen resultirenden Fehler erläutert er in diesem Abschnitt mit einigen überraschenden Beispielen. Betreffs der Aetiologie der Vernarbungen herrscht Einigkeit: die Syphilis ist die weitaus häufigste Ursache; ihr folgen Sklerom, Diphtherie, Lupus (und Lepra! Ref.), auch Variola. Was die Prognose anbelangt, so sind die Operationsresultate so zweifelhaft und ist die Behandlung so langwierig, dass wir uns jedem einzelnen Falle gegenüber die Frage vorlegen müssen, ob eine Behandlung überhaupt indicirt sei. Die Hauptschwierigkeit besteht in dem Offenhalten der geschaffenen Oeffnungen. Im Allgemeinen verdient, wenn möglich, die Dilatation vor den blutigen Methoden den Vorzug. Nur im Hypopharynx begegnet man jener Neigung zur Wiederverwachsung und neuen Verengerung nicht. Hier ist auch die operative der Dilatationsmethode vorzuziehen. Sämmtliche Behandlungsweisen werden vom Verf. besprochen, während ein sehr vollständiges Literatur-Verzeichniss diese Arbeit abschliesst.

Zu den vier Capiteln umfassenden und von vier Autoren bearbeiteten Krankheiten des lymphatischen Rachenringes giebt Kayser eine Einleitung, welche über das Wesen und die Bedeutung des adenoiden Gewebes handelt und wo dasselbe im Sinne Waldeyer's physiologisch und pathologisch als ein einheitliches Ganzes vorgeführt wird.

Der Plan zu der Bearbeitung der Krankheiten der Rachentonsille ist von Gottstein vor seinem Tode gemeinschaftlich mit Kayser gefasst worden; die Ausarbeitung hat letzterer allein übernehmen müssen. Die acuten Entzündungen der Rachentonsille kommen wohl nie isolirt vor. Combinirt mit Erkrankungen der benachbarten Organe können aber ihre Symptome in den Vordergrund treten, und es lässt sich eine catarrhalische, lacunäre und phlegmonöse Form der Pharyngo-Tonsillitis unterscheiden. Die Beschreibung der chronischen Hypertrophie der Rachenmandel mit allen ihren Folgezuständen und Symptomen ist eine durchaus gelungene. Nur die secundären Störungen des Gehörorgans sind etwas stiefmütterlich bedacht worden. Z. B. sind die aerostatischen Störungen im Mittelohr und die typischen Trommelfellbilder unerwähnt geblieben. Auch die Beziehungen zwischen Adenoiden und dem allgemeinen Körperzustand, namentlich der Scrophulose hätten eine eingehendere Erörterung verdient. Das Capitel schliesst mit einem ziemlich unvollendeten Aufsatz über den chronischen atrophischen Catarrh der Rachenmandel und einem Literaturverzeichniss von beinahe 600 Nummern.

Die Krankheiten der Gaumenmandeln. Bloch unterwirft die Tonsillitis acuta einer eingehenden Erörterung. Die Errungenschaften der Bacteriologie dürfte er wohl etwas zu hoch angeschlagen haben, wenn er sagt, die bacterio-

logische Untersuchung „sollte eigentlich (!) in jedem Falle acuter Tonsillitis ausgeführt werden, um die Diagnose zu sichern und die Prognose und Behandlung auf einen festen Boden zu stellen.“ Eine scharfe Trennung zwischen catarrhalischer und lacunärer Angina lasse sich nur künstlich durchführen. Alle denkbaren Complicationen und Folgen der acuten Tonsillitis werden vom Verf. besprochen, am ausführlichsten der acute Gelenkrheumatismus. Die chronischen Erkrankungen sind nur sehr kurz besprochen. Ueberhaupt lässt sich die unnatürliche Trennung der Rachencatarrhe in „Entzündungen des Rachens“ und „Krankheiten der Gaumenmandeln“ in diesem Capitel in erheblichem Maasse empfinden.

Ebensowenig vermag Ref. die Trennung der peritonsillaren und retropharyngealen Abscesse von den übrigen Rachenentzündungen zu loben. Wenn auch Strübing diesem Thema ein ganz verdientes Capitelchen gewidmet hat, so wäre die Besprechung des peritonsillären Abscesses im Zusammenhang mit dem Tonsillarabscesse gewiss rationeller gewesen.

Die Krankheiten der Zungentonsille von Michael. — Diese letzte Arbeit des am 6. Januar 1897 verstorbenen Autors ist eine ganz ausgezeichnete und bildet mit ihren zahlreichen schönen Abbildungen eine zwar kurze aber sehr vollständige und lesenswerthe Abhandlung über die Krankheiten des Zungengrundes. Für die Pathologie der Singstimme kommt nach Verf. der Hypertrophie der Zungenmandel eine sehr grosse Bedeutung zu. Den atrophischen glatten Zungengrund sah er bei manchen alten Leuten, wo jeder Verdacht auf Lues ausgeschlossen werden konnte.

Rachenerkrankungen bei acuten Infectionskrankheiten. — Die acuten Exantheme finden sich in den drei Bänden des Handbuches vertheilt. Eine einheitliche Besprechung wäre sowohl für den Verfasser wie für die Leser vortheilhaft gewesen. Indessen kann man Catti nur Dank wissen, der es verstanden hat, die Halsaffectionen bei Scharlach, Masern und Varicellen hier zum zweiten Male in angenehmer und abgerundeter Form darzustellen. — Landgraf fügt seinem ausführlichen Aufsatz über den Abdominaltyphus im I. Bande eine kurze Besprechung der verschiedenen typhösen Vorgänge im Rachen hinzu und giebt dann einen Ueberblick über die Affectionen der oberen Luftwege bei Pocken.

Sokolowski liefert eine verdienstvolle Zusammenstellung der krankhaften Veränderungen, welche bei allgemeinen Constitutionsstörungen und bei einigen chronischen Erkrankungen im Rachen beobachtet werden. Dieselbe schliesst sich seiner Arbeit im I. Bande vollständig an. Hier finden auch die Folgen des Missbrauches von Alcohol und Tabak Erwähnung. Im Abschnitt über Scrophulose vermisst Ref. die nothwendige Discussion der Auffassung, nach welcher dieses Leiden in zahllosen Fällen nicht Ursache, sondern Folgezustand von Rachenerkrankung, nämlich adenoiden Vegetationen bildet. Zum Schluss bespricht Verf. kurz die Gewerbekrankheiten des Rachens.

Von der Tuberculose des Rachens giebt Seifert eine dankenswerthe Bearbeitung. Abgesondert bespricht er die tuberculösen Affectionen des Nasenrachenraumes, die er in: a) Ulcerationen, b) die selteneren Tumoren, c) Tuberculose der Rachenmandel, d) den hier seltenen primären Lupus eintheilt. Dass er

die Tuberculose des Rachens wieder von derjenigen der Tonsillen getrennt hat, verursacht nur eine unnöthige Complication. Sagt er doch selbst, „dass isolirte Tuberculose der Tonsillen ohne Betheiligung der Umgebung klinisch selten zu beobachten ist.“ Mit der, trotz der ätiologischen Einheit, vom Verf. befürworteten klinischen Trennung des Lupus von der Tuberculose des Rachens ist Ref. durchaus einverstanden.

Syphilis des Rachens, von Hopmann. — Die von Bulkley und Münchheimer gesammelte Statistik von extragenitalen Schankern hat Verf. für den Rachen bis zum 1. Januar 1898 fortgesetzt. Die Zusammenstellung umfasst dann 532 Fälle von Mandelschanker und 81 an anderen Stellen des Schlundes. Von diesen dürfen 104 Fälle von Zabolowsky nur unter Reserve acceptirt werden, welche sämmtlich in einem Etatjahr einer Moskauer Poliklinik festgestellt sein sollen! Aetiologisch und klinisch hat Verf. den Rachenschanker eingehend studirt. Der Coitus penobuccalis stellt nur ein ganz untergeordnetes ätiologisches Moment dar. Ebenso gründlich werden die (secundären) Erytheme und Condylome und die (tertiären) Spätformen der Pharynxsyphilis besprochen, während der Schlussabschnitt von den Folgeerscheinungen — Defecten, Narben, Wucherungen, Atrophien — handelt.

Die Localisation der Lepra im Rachen ist, ebenso wie diejenige im Larynx, von Bergengrün in ausgezeichneter Weise dargestellt worden. Die anästhetische Form greift den Rachen nur gelegentlich an; die tuberöse dagegen verschont den Rachen nie. Bei sämmtlichen Eruptionen ist der Rachen durch Anästhesie und intensive Trockenheit ausgezeichnet. Massenhafte, oft unförmige Schwellungen, Geschwürsbildung (hier früher als an allen anderen Körpertheilen), Vernarbung, aber auch ausgedehnte Zerstörungen kommen bei der Pharynxlepra zur Beobachtung, während die Therapie nur eine rein symptomatische sein kann. Wer die Krankheit aus eigener Erfahrung nicht kennt, sollte unbedingt die kleine Monographie im Original lesen.

Die Veränderungen, welche das Sklerom im Rachen macht, werden von Pieniázek ausführlich geschildert, dabei aber wiederholt auf Verf.'s Bearbeitung des Rhinoskleroms im III. Bande verwiesen. Collegen in skleromfreien Gegenden ist diese klare Schilderung sehr zu empfehlen. Besonders hervorzuheben ist die scharfe Differentialdiagnose zwischen Sklerom und tertiärer Lues.

Die Missbildungen des Rachens, von Hansemann. — Ein interessanter Ueberblick der verschiedenen (die Lebensfähigkeit nicht ausschliessenden) Missbildungen, welcher sich den beiden Capiteln des Verf. im I. und III. Bande anschliesst. Hier werden hauptsächlich die mit den Kiemenbögen in Beziehung stehenden Missbildungen — Divertikel, Cysten und Fisteln — ausführlich besprochen.

Vom Register kann leider nicht viel Gutes gesagt werden.[1])

---

[1]) Dieses Register könnte von einem Nichtmediciner zusammengestellt sein. Je nachdem die Autoren sich zufälligerweise der Bezeichnung Rachen oder Pharynx bedient haben, erscheinen im Register ihre Arbeiten ganz treu entweder unter „Rachen“ oder unter „Pharynx“. Als Beispiel der Bearbeitung diene: „Tuberculose der Rachentonsille 718; Tuberculose der Rachenmandel 502 f.“ u. s. w.

Der vorliegende, 850 Seiten starke Band aber ist ohne jeden Zweifel das bedeutendste und schönste Handbuch der Pharyngologie, das überhaupt existirt.

Amsterdam, November 1900. H. Burger.

---

b) XIII. Internationaler medicinischer Congress.

(Laryngologische Section.)

Sitzung vom 2. August 1900.

B. Fränkel (Berlin): Ueber die pathologisch-anatomische Diagnose des Larynxcarcinoms.

Obwohl die mikroskopische Diagnose von Fragmenten des Tumors von sehr grosser Wichtigkeit ist, ist es nicht in allen Fällen möglich, sichere Schlussfolgerungen aus dieser Untersuchung zu ziehen, namentlich da, wo die Resultate derselben negativ ausfallen.

Die Anwesenheit von Epidermiskugeln im Präparate ist kein pathognomonisches Zeichen, wenn diese Kugeln nicht von Epithelzapfen begleitet sind, und dies an Stellen, wo letztere normaler Weise nicht vorkommen. Diese Epithelzapfen können andererseits von anderen Ursachen hervorgerufen werden, da man sie auch bei Syphilis beobachtet, wo eine sehr ausgesprochene Hyperplasie des Epithels stattfindet. Die Diagnose einer malignen Geschwulst kann nur auf Grund der unregelmässigen Structur der Epithelialwucherungen gestellt werden.

M. Schmidt (Frankfurt a. M.): Diagnose des Kehlkopfcarcinoms.

Im Beginn bietet das Kehlkopfcarcinom keine charakteristischen Symptome dar, die es von anderen Affectionen dieses Organs unterscheiden. Wenn es seinen Sitz in der Tiefe des Larynx hat, nimmt es eine papillomatöse Form an und kann mit einer Perichondritis verwechselt werden: Wenn es in den Morgagni'schen Ventrikeln seinen Sitz hat, ist es ebenfalls einer Perichondritis sehr ähnlich. Wenn es hinter und etwas unter dem Ringknorpel sitzt, mag es sich im Beginn nur durch eine Recurrensparalyse manifestiren. Es kann leicht mit Tuberculose, Syphilis, Sarcom verwechselt werden. In zweifelhaften Fällen soll die antisyphilitische Behandlung als ein differential-diagnostisches Mittel gegenüber der Syphilis, und die mikroskopische Untersuchung zur Unterscheidung von den anderen genannten Affectionen angewendet werden.

F. Semon (London). Ohne die Wichtigkeit der mikroskopischen Diagnose zu verkennen, citirt Redner eine Reihe von einfach klinischen Symptomen (Bewegungsstörungen des erkrankten Stimmbandes, umschriebene Congestion in der Nachbarschaft des Tumors, die spitzige Form und schneeweise Farbe anscheinend papillomatöser Wucherungen), auf Grund deren er in vielen Fällen die Diagnose gestellt und operirt hat, ohne vorher die mikroskopische Untersuchung zu machen.

Mermod (Yverdon). Die mikroskopische Untersuchung bei Larynxcarcinom

giebt nicht in allen Fällen sichere Resultate. Redner citirt zwei Fälle, bei denen die Untersuchung 4mal resp. 2mal gemacht werden musste, ehe man die Diagnose auf Carcinom zu stellen vermochte. Wo es sich nicht um Papillom handelt, muss jede nach Operation recidivirende Geschwulst als bösartiger Natur betrachtet werden, wenn auch die mikroskopische Untersuchung keinen Beweis dafür liefert.

Garel (Lyon). Die Diagnose des Carcinoms ist sehr schwierig. Es giebt oft Associationen von Carcinom und anderen Affectionen des Larynx, z. B. Tuberculose, wie in einem Falle, den Redner selbst beobachtet hat. Um die differentielle Diagnose mit Syphilis zu stellen, findet G. die von Schmidt angegebene Dose Jodkali (3 g täglich) für ungenügend; man solle wenigstens 4—5 g täglich verordnen.

Hellat hat seinerseits die Bewegungsstörungen des betroffenen Stimmbandes als ein frühzeitiges Symptom des Kehlkopfcarcinoms beobachtet.

Bar (Nizza) hat eine Association von Carcinom des Kehlkopfes und Lungentuberculose gesehen.

Ruault (Paris) bespricht ebenfalls die Schwierigkeit und Unsicherheit der mikroskopischen Diagnose, besonders in Fällen von sehr tief gelegenen Carcinomen und hebt die Wichtigkeit gewisser klinischer Symptome hervor, namentlich der Bewegungsstörungen der Stimmbänder. In einigen Fällen hat die Affection eine sehr lange Dauer mit Perioden von scheinbarer Besserung. In Wirklichkeit war die Besserung in solchen Fällen nur auf die oberflächlichen entzündlichen Läsionen beschränkt; die Affection selbst blieb unverändert oder schritt nur sehr langsam vor.

Kraus (Paris). Nur auf Grund klinischer, nicht der mikroskopischen Diagnose können wir in den meisten Fällen die Prognose stellen und die Behandlungsmethode wählen, die für den gegebenen Fall am besten passt.

Fränkel. Man muss oft die Courage haben, ohne mikroskopische Untersuchung zu operiren, da diese wirklich nicht immer möglich ist. Wo aber diese Möglichkeit dazu gegeben ist, bleibt die mikroskopische Untersuchung doch ein unersetzbares diagnostisches Mittel.

Sitzung vom 3. August 1900.

Hellat (Petersburg): Ueber die psychische Salivation.

H. beschreibt diese Anomalie auf Grund von vier Beobachtungen. Die Patienten spucken unaufhaltsam und ohne eigentlichen Grund. Ihr eigener Speichel wird ihnen so abscheulich, dass sie ihn nicht mehr herabzuschlucken im Stande sind. Die Speicheldrüsen werden zu excessiver Thätigkeit gefördert, deren Product unaufhörlich eliminirt ist und diese vermehrte Secretion und excessive Elimination haben das Austrocknen der Mundschleimhaut, des Rachens und des Nasenrachenraums, sowie einen chronischen Katarrh des Larynx und des Mittelohrs zur Folge. Man constatirt ausserdem eine ganze Reihe von allgemeinen Symptomen seitens des Verdauungsapparates und des Nervensystems. Die Patienten sind obstipirt und leiden an einer sehr ausgesprochenen Neurasthenie (wahrscheinlich specifischer Natur), die in einigen Fällen zu echter Geisteskrankheit führt. H.

glaubt, dass es sich hier um den Verlust von dem Organismus unentbehrlichen, uns noch unbekannten Elementen des Speichels handelt. Die Dauer der Affection kann eine sehr lange sein. Die Behandlung soll mehr psychischer Natur sein.

Vacher (Orleans): Beitrag zur Behandlung der Larynxtuberculose.

Vf. empfiehlt intratracheale Einspritzungen von Jodoformäther oder Bepinselungen mit diesem Medicamente. Diese Einspritzungen oder Bepinselungen rufen niemals einen Spasmus laryngis hervor, wohl aber zuerst ein sehr unangenehmes Wärmegefühl, das jedoch nach zwei oder drei Einathmungen gänzlich verschwindet. Dieses Wärmegefühl ist viel ausgesprochener, wenn man dem Jodoformaether Guajacol, oder Eucalyptol oder Menthol beimischt.

J. Bernheim (Paris): Ueber die Larynxtuberculose.

Die Larynxtuberculose ist viel häufiger, als es von der Mehrzahl der Aerzte zugestanden wird. Sie unterscheidet sich im Beginn von der einfachen Laryngitis durch die Anwesenheit von miliaren Granulationen in der Regio interarytenoidea, deren Zerfall regelmässige, oft ziemlich tiefe Ulcerationen hervorbringt. In anderen Fällen wird eine papillomatöse oder pseudo-polypöse Form beobachtet. Der primäre Lupus laryngis ist eine ganz besondere Form der primären Tuberculose dieses Organs. Die Diagnose soll so schnell wie möglich gestellt werden, da nur bei einer frühzeitigen Behandlung von Heilung die Rede sein kann.

Boulay (Paris) und Boulai (Rennes): Stenose des Kehlkopfes durch Electrolyse behandelt, bei einem Patienten, der seit 16 Jahren eine Tracheal-Canüle trug. Decanulement.

Patient wurde vor 16 Jahren tracheotomirt und die Larynxstenose war immer so beträchtlich, dass das Herausnehmen der Canüle jedesmal von einem Erstickungsanfall gefolgt war. Diese Stenose, die allen anderen Mitteln widerstanden hatte, konnte nur durch die Electrolyse theilweise beseitigt werden, so dass nach 8 Monaten, bezw. 16 Sitzungen, Patient ohne Canüle zu athmen im Stande war.

Pieniazek (Warschau): Bemerkungen zur Behandlung der membranoiden Verengerungen der Luftröhre.

Am häufigsten werden diese Verengerungen bei Sclerose beobachtet, etwas seltener bei Syphilis. Sie sind sehr selten angeborener Natur. Es handelt sich in diesen Fällen um ein Diaphragma, welches das Lumen der Luftröhre ganz ausfüllt und in der Mitte eine kleine Oeffnung zeigt. Diese letztere ist oft von einer bindegewebigen Brücke in zwei kleinere getheilt. Da die Stenose leichter beseitigt werden kann, wenn sie unter der Canüle, als wenn sie über derselben sich befindet, führt Redn. die Tracheotomie immer über der Schilddrüse aus. Patient bleibt dann mit hängendem Kopfe liegen und es wird in die Luftröhre der Trachealspiegel des Autors eingeführt und das bindegewebige Diaphragma mittelst einer biegsamen Curette zerrissen. Nach dieser Operation wird eine elastische Canule in die Luftröhre eingeführt und nach drei Tagen ist die Heilung complett.

Botey (Barcelona): Pathogenesis und Behandlung der Paraesthesia pharyngis.

Die Hyperaesthesia pharyngis ist keine organische Affection und nie von Congestion der betreffenden Partien begleitet. Ihr Hauptsitz ist am Kehldeckel und an den Arytaenoidknorpeln. Die Anästhesirung mittelst Cocain erhöht die paraesthetische Empfindung. Es handelt sich hier sicher um eine inhibitorische Reflexwirkung neutralen Ursprungs. B. verwirft den Gebrauch von Bromkali und empfiehlt eine Behandlung mit tonischen und vaso-dilatorischeu Mitteln.

Urunuela (Madrid): Ueber die Indicationen und die Technik der Thyreotomie.

Die Thyreotomie ist indicirt in Fällen von Fremdkörpern, die nicht auf natürlichem Wege zugänglich sind, dann in Fällen von grossen traumatischen Läsionen und in denen von malignen Tumoren des Kehlkopfes. Seltener ist die Operation indicirt in Fällen von Stenose, Perichondritis, Tuberculose, Lupus und Sclerom des Kehlkopfes.

Escat (Toulouse) beschreibt einige äussere auf die Halsgegend, speciell auf Ring- und Schildknorpelgegend mit der Hand ausgeübte Manöver, um in schweren Fällen das Einführen von Tuben in das Larynxinnere zu erleichtern.

Sitzung vom 4. August.

Hajek-Wien: Ueber die eitrige Ethmoiditis.

Jede Affection der Schleimhaut oder des Knochengewebes des Siebbeins, die weder tuberculöser, noch syphilitischer, noch traumatischer, noch maligner Natur ist, ist eine eitrige Ethmoiditis.

Die Erkrankung der Schleimhaut bietet drei Formen dar, die sich nur im Grade von einander unterscheiden.

In der ersten, welche die intensive Form der catarrhalischen Entzündung darstellt, ist nur die Schleimhautfläche, seltener sind noch die Oeffnungen und die Zellen erkrankt. Die zweite Form ist oft von einer hypertrophischen Schwellung der Schleimhaut und des Periost, sowie von Polypen an der nasalen Wand des Siebbeins begleitet; in diesen Fällen haben wir es mit einer chronischen Form der catarrhalischen Entzündung zu thun. In den Fällen der dritten Categorie beobachtet man zahlreiche Polypen, Erosionen, Verdickungen und Granulationen.

Das Knochengerüst kann seinerseits auch erkrankt sein; die Erkrankung beginnt mit einer Reizung des Periosts, an die sich bald eine Osteitis condensans anschliesst, mit Drucknekrose und Thrombo-phlebitis oder Periostitis an der gegenüberliegenden Seite.

H. illustrirt seine Schlussfolgerungen durch Vorlegung mikroskopischer Präparate.

Bosworth-New York: Die eitrige Ethmoiditis hat wenig Tendenz zur spontanen Heilung, da sie in Läsionen der Zellen besteht, und jede Zelle einen besonderen Abscess darstellt. Man muss dann jede Zelle isolirt eröffnen. Meissel,

schneidende Zange, Schlingen, Cuvette u. s. w. sind die gebräuchlichen Instrumente. Die beste Methode besteht nach Bosworth zuerst im Abtragen der erkrankten Zellen mittelst der Schlinge und dann im Durchbrechen der Scheidenränder mittelst der Fraise.

Luc-Paris: Die Behandlung der Siebbeineiterung ist in den meisten Fällen erfolglos, und dies aus 2 Ursachen:

1. Weil es unmöglich ist, das Siebbeinlabyrinth im Ganzen und in allen seinen erkrankten Partien zu erreichen.

2. Weil die Erkrankung des Siebbeins selten isolirt und fast immer von einer solchen der Kiefer- oder Stirnhöhle begleitet ist. In allen Fällen, wo eine Siebbeineiterung mit einem Stirnhöhlenempyem complicirt ist (und diese Complication ist fast ausnahmslos vorhanden) eröffnet L. zuerst die Stirnhöhle und operirt dann durch dieselbe Oeffnung von oben nach unten das Siebbein. Dieses Verfahren schützt vor meningitischen Symptomen.

Mouret-Montpellier: Da die Siebbeinzellen in vielen Fällen sehr weit hinausgehen, zumal nach der Orbita hin (Demonstration an Schädeln), ist eine radicale und vollständige Operation nicht immer möglich, sehr oft sogar gefährlich. Man soll sich begnügen eine möglichst breite Oeffnung anzulegen, das Resultat ist aber nicht immer sicher. M. zieht Luc's Verfahren allen anderen vor.

Goris-Brüssel: In Fällen von persistirenden Eiterungen löst G. die Nase ab und exstirpirt das erkrankte Siebbein.

Vacher-Orleans hat einen Fall von Stirnhöhlen- und Siebbeinempyem beobachtet, wo die Diagnose auf ein Dermoid des inneren Augenwinkels gestellt war. Bei der Eröffnung constatirte man einen Substanzverlust der inneren Orbitalwand, und die Sonde konnte einerseits in die Stirnhöhle, andererseits in das Siebbein eindringen. Auskratzung und Drainage durch die Nase und die Stirnhöhle. Heilung binnen einigen Wochen.

Jacques-Nancy: In Fällen von Knochenhöhlen, die den schneidenden Instrumenten unzugängliche Divertikel darstellen, hat J. durch Anwendung von caustischen Mitteln sehr schnelles Sistiren der Eiterung erreicht.

Hajek: Jedes Stirnhöhlenempyem ist von einer Siebbeineiterung begleitet; das Umgekehrte aber ist nicht richtig. Die Durchleuchtung der Nebenhöhlen als diagnostisches Mittel ist wenig verwerthbar.

Luc-Paris: Recidivirender schmerzhafter Katarrh der Stirnhöhle.

L. hatte 2 Patienten beobachtet, die in Folge eines Schnupfens a frigore Schmerzen in einer und immer derselben Hirnhälfte empfanden, mit Druckempfindlichkeit und zuweilen Schwellung. Die Schmerzen stellten sich krisenhaft ein und schwanden, sobald die Patienten eine gewisse Menge von schleimigem Eiter ausschneuzten.

Es handelte sich in diesen Fällen um eine Verengerung der Ductus naso-frontalis. Dieselbe war in dem einen Falle wahrscheinlich eine angeborene. Im anderen Fall trat diese Verengerung nach einer Radicaloperation der Stirnhöhle ein, bei welcher die Erweiterung des Ductus versäumt worden war. Beide Pa-

tienten sind zur Zeit geheilt, nachdem eine Auskratzung der Stirnhöhlen und eine Erweiterung der Nasencanäle ausgeführt worden ist.

Captas-Konstantinopel: Beitrag zur radicalen Operation von complicirten chronischen Nebenhöhlenempyemen.

Um in derselben Sitzung ein complicirtes Empyem der Stirn- und Keilbeinhöhle und des Siebbeins zu operiren, giebt C. folgendes Verfahren an: der Schnitt längs der Augenbraue soll in der Mittellinie bis zum unteren Drittel des Nasenbeines verlängert und die Stirnhöhle durch ihre vordere Wand eröffnet werden. Nach Abtragung eines Theiles des Processus frontalis des Oberkiefers, wird eine 1 cm breite Höhle geschaffen, deren unterer Theil der Basis des Siebbeins und der Keilbeinhöhle entpricht, welche auf diese Weise chirurgischen Angriffen zugänglich werden.

Kaspariantz (Moskau): Ueber das Palpiren als diagnostisches Mittel und die endonasale Operation der Kieferhöhlenempyeme.

Die Palpation wird mittelst einer rechtwinklig gebogenen Sonde ausgeführt, die man gegen die innere Sinuswand vor oder hinter dem Processus uncinatus drückt. Giebt es Eiter in der Kieferhöhle, so kommt er hierbei sofort durch die Sinusöffnung zum Vorschein.

K. operirt diese Empyeme in folgender Weise: die Sinuswand wird vor und hinter dem Processus uncinatus incidirt, dieser letztere abgetragen und dann die interne Sinuswand in ihrem unteren Theile und der mittlere Theil der unteren Muschel resecirt. K. erzielte mit diesem Verfahren völlige Heilung in 31 von 34 operirten Fällen.

Goris (Brüssel): Acht Fälle von Decortication des Gesichts bei Nebenhöhlenempyemen.

Es wird eine Incision der Mundschleimhaut von einem Processus zygomaticus zum anderen geführt und dann die ganze Gesichtsmaske mit den Fingern bis zur Stirngegend vom Knochengerüst abgehoben. Dieses Verfahren hat den Vortheil, keine äussere Entstellung zurück zu lassen, ist aber viel blutiger und viel schwerer ausführbar als die übrigen bekannten Methoden. Es wurde zum ersten Mal 1898 von Prof. Bardenheuer-Köln ausgeführt. Es ist besonders bei hartnäckigen recidivirenden Kieferhöhlenempyemen indicirt.

Laurens (Paris): Die Chirurgie der Nebenhöhlen in ihren Beziehungen zur Chirurgie der Orbita.

Es wird eine Incision vom äusseren Ende der Augenbraue bis zum inneren Augenwinkel geführt, die innere Orbitalwand von allen daselbst inserirenden Organen befreit und der Bulbus nach aussen verschoben. Die vorderen Arteriae ethmoidales bleiben intact. Durch dieses Verfahren wird die Lamina papyracea des Siebbeins zugänglich gemacht und nachdem diese letztere durchstossen ist, kann man mit einer Sonde in den Ductus naso-frontalis und in den Sinus selbst dringen. Ist der letztere erkrankt, so soll seine ganze vordere Wand abgetragen werden.

Dieses Verfahren ist nach Redner in complicirten Fällen von Empyem der Stirnhöhle und des Siebbeins, besonders wenn Fisteln da sind, indicirt.

Vacher (Orleans) demonstrirt ein speciell construirtes Instrument zum Eröffnen der Kieferhöhle von der Nase aus. Die Oeffnung soll breit genug sein, um das Auskratzen und andere Eingriffe in die Sinusschleimhaut zu ermöglichen. Diese Methode ist bei Patienten indicirt, welche jede äussere Operation ablehnen.

Courteau (Paris) sah bei Kaninchen mit künstlich hervorgebrachter Nasenstenose in sehr kurzer Zeit Lungenemphysem eintreten.

Sitzung vom 6. August.

F. Semon (London): Ueber die Indicationen der Thyreotomie.

Die Thyreotomie wird heute immer häufiger vorgenommen. Sie ist in Fällen von Fremdkörpern des Kehlkopfes indicirt, wo diese nicht auf natürlichem Wege zugänglich sind, ferner in Fällen von Fracturen und Wunden dieses Organs. Sie ist nur ausnahmsweise indicirt in Fällen von Laryngocelen und Larynxstenosen, wo sie die Excision der geschwollenen Partien ermöglicht. Sie findet endlich selten eine Indication in Fällen von Perichondritis acuta laryngis und soll nur mit Vorsicht bei Larynxtuberculose vorgenommen werden. Sie giebt die besten Erfolge in Fällen von Sclerom, dessen Recidive sie aber nicht verhindert. Bei gutartigen Tumoren soll die intralaryngeale Methode den Vorzug haben, es giebt aber Fälle, namentlich von multiplen Papillomen, wo unter gewissen Umständen die äussere Methode allein angebracht ist. Die Thyreotomie ist schliesslich eine ausgezeichnete Operation für die Fälle von bösartigen Geschwülsten, wenn letztere noch auf das Innere des Kehlkopfes beschränkt sind.

Schmiegelow (Kopenhagen): Ueber die Technik der Thyreotomie.

Die Tracheotomie soll der Thyreotomie vorausgehen; beide Operationen werden unter Chloroformnarkose ausgeführt. Die Hahn'sche Tampon-Kanüle wird in die Luftröhre eingeführt, dann der Schildknorpel gespalten und der untere Theil des Pharynx tamponirt, um das Operationsgebiet vor dem Hineinfliessen von Speichel zu schützen. Man kann die Empfindlichkeit der Larynxschleimhaut mittelst einer Bepinselung mit einer Cocainlösung vermindern. Nach Beendigung der Operation und Blutstillung wird die Wunde mit Watte und Jodoformgaze bedeckt, und der Verband so oft wie möglich gewechselt. Nach 5 Tagen kann Patient gewöhnlich das Bett verlassen.

Goris (Brüssel): Ueber die unmittelbaren und entfernten Resultate der Thyreotomie.

Von 105 von verschiedenen Chirurgen thyreotomirten Patienten sind 4 binnen 8 Tagen an Pneumonie gestorben. Man kann danach die Operation an sich als eine ziemlich gutartige betrachten.

Was die Affectionen betrifft, wegen welcher die Thyreotomie ausgeführt worden ist, so bekommen wir folgende Resultate:

Maligne Tumoren: 49 Fälle. Dauer der Heilung: über 10 Jahre in 1 Falle; von 5 bis 8 Jahren in 8 Fällen, von 2 bis 5 Jahren in 14 Fällen; also 23 Heilungen oder 46,9 pCt.

Bei Tuberculose sind die Resultate weniger günstig; nur 3 Fälle von 14 können als geheilt betrachtet werden.

Benigne Tumoren und Stenosen. Die Resultate sind günstig, was die Stimme betrifft; die Thyreotomie verhütet aber nicht die Recidive. Von zwei Fällen von Stenose wurde in einem völlige Heilung erzielt. In einem Falle von Rhinosclerom wurde die Heilung durch Excision der subglottischen Schwellung erzielt.

Löwe (Berlin): Die Ernährung der Thyreotomirten per vias naturales ist schon am zweiten oder dritten Tage möglich. Die Wunde soll mit gekochten, heissen Tampons behandelt werden. Die Anwendung von Jodoform ist bei Thyreotomirten nicht contraindicirt. Die Indicationen der Thyreotomie sind viel zahlreicher, als es Semon annimmt, besonders für diejenigen Specialisten, die mit den endolaryngealen Methoden noch wenig vertraut sind.

Meyer (Berlin): Die Thyreotomie bei kleinen Kindern ist nicht ohne Gefahren. In Fällen von malignen Tumoren, besonders solchen der Stimmbänder, giebt M. der endo-laryngealen Methode den Vorzug, da sie weniger gefährlich ist und die Patienten nicht nöthigt sich in ein Krankenhaus aufnehmen zu lassen und im Bette zu liegen.

Moure (Bordeaux) thyreotomirt nur in Fällen von ganz circumscripten malignen Tumoren, wo er sicher ist, alles Krankhafte abtragen zu können. Jedesmal wo er dieses Princip verliess, hat er Misserfolge gehabt. Die Blutstillung soll vollständig sein, bevor man zur Eröffnung des Luftweges schreitet, und die Narkose soll in der Weise ausgeführt werden, dass die Empfindlichkeit der Schleimhaut nicht gänzlich aufgehoben ist. In Fällen von malignen Tumoren ist die präventive Tracheotomie unentbehrlich und der untere Theil des Kehlkopfes wird mit Jodoformgaze tamponirt, was immer genügt um das Hinabfliessen von Blut in die Luftröhre und die Bronchien zu verhindern. Wo er sicher ist, alles abgetragen zu haben, nimmt Redner die Kanüle schon nach zwei, höchstens nach 3 Tagen heraus.

Max Scheier (Berlin) citirt einen Fall von malignem Tumor des Larynx, der endolaryngeal operirt wurde und seit zwei Jahren geheilt ist.

Hellat (Petersburg): Die allgemeine Narkose ist bei der Thyreotomie nicht unentbehrlich, da die Schmerzen keine heftigen sind. H. empfiehlt Hartmann's Conchotom in Fällen von umschriebenen Tumoren.

Chiari (Wien) stimmt völlig mit Semon überein. Er lässt immer die Kanüle nach der Thyreotomie liegen, da nach Anwendung von Cocain eine Blutung zu fürchten ist, die oft noch einige Stunden dauern kann. Diese Operation ist nicht zu empfehlen bei Papillomen bei Kindern; wo dieselben Stenose hervorrufen, tracheotomirt er und operirt dann endolaryngeal so lange, bis keine Recidive mehr eintreten. Die Thyreotomie behindert nicht das Recidiviren von

Papillomen. Redner hat jüngst einen Patienten unter Schleich'scher Anästhesie thyreotomirt und ist höchst zufrieden mit diesem Verfahren. In einem Falle von epithelialem Carcinom, wo die Thyreotomie ausgeführt wurde, hat C. ohne Einlegen einer Kanüle völlige Heilung erzielt und Patient spricht mit einer ziemlich guten Stimme. C. hat in einigen Fällen die einseitige und sogar die totale Exstirpation des Kehlkopfes mit sehr gutem Erfolge ausgeführt. Diese letztere Operation soll aber nur da vorgenommen werden, wo sie absolut unentbehrlich ist, da der Zustand des Patienten nach dieser Operation ein sehr trauriger ist.

Fraenkel (Berlin) vertheidigt, ohne den Werth der äusseren Larynxoperationen zu verkennen, die endolaryngeale Methode, in der er den Triumph der Laryngologie erblickt.

Semon resumirt die verschiedenen bisher ausgesprochenen Meinungen, stimmt völlig mit Chiari und Moure überein und hält an seiner Kritik der endolaryngealen Methode fest.

Gluck (Berlin) beschreibt eine ganze Reihe von plastischen Operationen, die er bei verschiedenen Affectionen des Larynx mit mehr oder weniger Erfolg versucht hat und demonstrirt einen phonetischen Apparat, mittelst dessen tracheotomirte Patienten die verschiedensten Töne und sogar ganze Silben zu produciren im Stande sind.

Gouguenheim und Lombard (Paris): Ueber die Indicationen der chirurgischen Behandlung des Larynxcarcinoms.

Die endolaryngeale Methode hat nur in sehr wenigen ausgewählten Fällen gute Erfolge. In den meisten Fällen dagegen wird man nur durch die Thyreotomie oder die partielle Exstirpation des Kehlkopfes eine Heilung erzielen.

Courtade (Paris) hat in einem Falle, wo die ganze Luftröhre mit carcinomatösen Wucherungen ausgefüllt war, die Tracheotomie ausgeführt und statt einer gewöhnlichen Canüle eine biegsame Caoutschuc-Sonde eingeführt. Patient lebte noch 6 Monate lang.

Sitzung vom 7. August.

Jacobsohn (Petersburg): Ueber die Rhinitis spasmodica.

Diese Affection stellt verschiedene, bisher noch wenig bekannte und differenzirte Formen dar.

Das Heufieber ist eine ganz besondere Form, deren Verlauf und Aetiologie ganz charakteristisch sind.

Andere Formen von Rhinitis spasmodica sind vasomotorischer Natur (Hydrorrhoea nasalis); noch andere sind toxischer Natur und von verschiedenen toxischen Erscheinungen Seitens anderer Organe begleitet.

Mounier (Paris): Es giebt zwei Categorien toxischer Rhinitiden, die acuten und die chronischen. Neben der Hydrorrhoea nasalis, deren Ursachen unbekannt sind und die ohne jede Schleimhautläsion vorkommt, existirt eine Hydrorrhoea als Manifestation der Rhinitis spasmodica. In den Fällen der ersteren Categorie ist fast immer eine Sinusaffection nachzuweisen.

Natier (Paris): Die meisten von Rhinitis spasmodica befallenen Patienten sind Neurastheniker.

Molinié (Marseille): Alle Versuche, das Heufieber von der Rhinitis spasmodica zu unterscheiden, sind erfolglos geblieben. Es giebt nur eine Erkrankung, die sich in einer periodischen und in einer unregelmässigen Form manifestirt. Die Hydrorrhoea nasalis ist in den meisten Fällen nur ein Symptom und hat nichts zu thun mit der Rhinitis spasmodica. Die Bezeichnung Heufieber soll ausser Gebrauch gelassen werden.

Lermoyez und Mahu (Paris): Ueber die Behandlung von Nasen- und Nasenrachenaffectionen mit heisser Luft.

Mittelst eines von den Verff. demonstrirten Apparates wird ein heisser Luftstrom erzeugt (80—100°), der in die Nase und den Nasenrachenraum unter Leitung des Arztes dirigirt wird. Diese Behandlung hat ziemlich gute Resultate bei sehr vielen Affectionen der Nase, des Rachens, des Nasenrachenraums und der Tuben gegeben; sie blieb aber erfolglos bei Ozaena, eitrigen Katarrhen, Lupus, hypertrophischen Rhinitiden und allen denjenigen Affectionen, die nur chirurgisch behandelt werden können.

Mounier (Paris) hat zahlreiche Fälle beobachtet, die ihn überzeugt haben, dass die Autointoxication einer der wichtigsten Factoren in der Aetiologie der periodischen und aperiodischen Rhinitiden ist. Die Behandlung soll eine vorwiegend allgemeine sein, und M. empfiehlt ausser einer sorgfältigen Ernährung Nux vomica und Benzonaphtol.

Hamon du Fougeray (Le Mans) hat in drei Fällen von malignen Tumoren der oberen Luftwege eine relativ kürzer oder länger andauernde Besserung mittelst Aetzungen mit Chromsäure erzielt.

Texier (Nantes) und Bar (Nizza): Einige Bemerkungen über Nasentuberculose.

Die Nasentuberculose und besonders die primäre Nasentuberculose ist sehr selten. Es giebt eine polypöse, eine ulceröse und eine granulöse Form. Man kann diese Affection leicht mit Lupus oder tertiärer Syphilis verwechseln. Neben der allgemeinen Behandlung soll eine locale mit Milchsäure-Aetzungen geübt werden.

Moure (Bordeaux) giebt ein neues Verfahren zur Behandlung der Septumdeviationen an. Dies Verfahren ist folgendes: die Deviation wird mit zwei Schnitten umschrieben, die ein Dreieck bilden, dessen Basis sich vorne und dessen Spitze sich soweit wie möglich nach hinten, dicht neben der Lamina perpendicularis und dem Vomer befindet. Es wird dann in die verstopfte Nasenhälfte ein specieller Dilatator eingeführt, der von zwei Platten gebildet ist, von denen die äussere fest und die innere, gegen die Convexität gerichtete, biegsam und viel breiter als die erstere ist. Diese biegsame Platte wird mittelst einer besonderen Zange so lange gegen die Convexität gedrückt, bis diese letztere ganz aufgerichtet wird. Der Dilatator wird bis 7—8 Tage in der Nase gelassen. Die Resultate sind immer sehr günstig. — Bei Kindern, wo die Deviation sich immer von Neuem bildet, ist diese Methode nicht indicirt.

Botey (Barcelona) hat seit 2 Jahren etwa 20 Fälle von Hämoptysen beobachtet, deren Ursprung im Nasenrachenraum lag. Er lenkt die Aufmerksamkeit auf dieses Vorkommniss und bespricht die anatomischen Verhältnisse, die diese Blutungen ermöglichen.

Courtade (Paris): Zur Behandlung der chronischen Pharyngitis.

1. Ausspritzungen des Nasenrachenraumes mit $^1/_2$ Liter einer 1 proc. Phenosalyllösung, mittelst einer der vom Verf. angegebenen Sonden.

2. Inhalationen während 4 und 5 Minuten, mit folgender Lösung:

Formol 0,05 g Menthol 10 g Gomenol 10 g Chloroform 10 g Köln. Wasser 100 g	Ein Kaffeelöffel auf ein Liter gekochtes Wasser.

3. Bepinselungen des Nasenrachenraumes entweder mit einer concentrirten Resorcinlösung (6:10 Wasser) oder mit:

Menthol 1 g
Tinct. Jod. 5 g
Glycerin 10 g.

Sitzung vom 8. August.

Chiari (Wien): Ueber die Sängerknötchen.

Die Sängerknötchen sind rund oder oval, haben ihren Sitz am freien Rande der Stimmbänder zwischen deren vorderem und mittlerem Drittel. Sie sind in den meisten Fällen symmetrisch, gelbweiss, glatt, sessil, höchstens stecknadelkopfgross. Sie kommen in $^1/_2$—1 pCt. der Fälle bei Larynxkrankheiten vor, sind 2mal häufiger bei Frauen als bei Männern, werden am häufigsten bei Sängern beobachtet, sehr häufig auch bei Kindern. Sie sind nie ulcerirt und können spontan heilen. Ihre Ursachen sind: acuter und chronischer Larynxkatarrh, Ermüdung der Stimme, schlechte Singmethode. Sie entstehen durch Hyperplasie des Epithels und der oberflächlichen fibrösen Schichten der Stimmbänder. Schleimdrüsen werden in ihnen nur ausnahmsweise beobachtet.

Krause (Berlin): Die Sängerknötchen werden nur durch eine schlechte Singmethode, nicht durch eine schlechte Sprechmethode verursacht. Sie sind aus Bindegewebe gebildet mit kystischem Inhalt und einer dicken pachydermischen Bekleidung, die den fibrösen Kern zusammendrückt und endlich seine Atrophie verursacht. K. beschreibt die von dieser Affection verursachten functionellen Störungen. Bestehen die Sängerknötchen längere Zeit, so werden die pachydermischen Veränderungen auch auf benachbarte Gegenden (Processus vocales, Regio interarytean.) ausgedehnt. Wo die hygienische Behandlung sich unzureichend erweist, sollen die Sängerknötchen abgetragen werden.

Capart (Brüssel) bespricht die Behandlung der Sängerknötchen. Die hygienische Behandlung hat keine Wirkung auf die Sängerknötchen selbst, son-

dern nur auf die sie begleitende Laryngitis. Die medicamentöse Behandlung (Einblasungen, Pulverisationen) ist unzureichend, wenn nicht gefährdend. Die Affection soll nur chirurgisch behandelt werden und C. empfiehlt zu diesem Zwecke die feinsten Zangen, z. B. die von Schmidt. Die galvanokaustische Behandlung ist nur in den Fällen indicirt, wo die Knötchen zu klein sind, um mit der Zange ergriffen werden zu können. Die Recidive sind häufig, können aber durch eine postoperative hygienische Behandlung, durch Uebung einer vollkommeneren Singmethode u. s. w. verhütet werden. Eine Wassercur in Ems, Eaux-Bonnes, Luchon ist sehr zu empfehlen.

Paget (Paris): Die Sängerknötchen sind häufiger bei Frauen (95 pCt.) als bei Männern und öfter bei Individuen mit hoher, als bei solchen mit tiefer Stimme beobachtet. P. sieht die Erklärung dieser Erscheinung in der Tendenz der meisten Sänger, in einem höheren Register als dem ihrigen zu singen. P. empfiehlt das Abtragen der Sängerknötchen mittelst Zangen.

Ruault (Paris): Um Sängerknötchen gut operiren zu können, soll die Anästhesie möglichst vollständig sein. Zu diesem Zwecke empfiehlt R. die Verordnung von Bromkali während einiger Tage vor der Operation und die Ausführung der Operation selbst unter tiefer Cocain-Anästhesie. Die echten Sängerknötchen sind sehr klein und heilen nie spontan.

Moure (Bordeaux). Die Sängerknötchen sind nur eine Erscheinungsform der functionellen Ermüdung des Larynx. Im Beginn kann man mit einer gut ausgeführten hygienischen Behandlung Heilung erzielen. Besteht aber die Ermüdung der Stimme schon seit längerer Zeit, so ist sie viel zu ausgesprochen, und dann kann auch das Abtragen der Sängerknötchen erfolglos bleiben.

Chiari (Wien). Die Ursachen der Bildung von Sängerknötchen sind unbekannt. Die Verordnung vom Bromkali ist ohne Nutzen; Bepinselungen mit einer 20 oder 30proc. Cocainlösung genügen, um eine volle Anästhesie zu erzielen. Ch. operirt entweder mit einer schneidenden Zange oder dem Galvanokauter, und nur in Fällen, wo die Knötchen grössere Störungen verursachen.

Weyl empfielt Insufflationen von Alaun in Pulver. Diese Behandlung muss oft längere Zeit fortgesetzt werden, ehe sich eine Besserung einstellt.

Natier (Paris) sieht die Ursache der Sängerknötchen in einer schlechten Athmungsmethode.

Curtis (New York) beschreibt eine Methode von Stimmübungen, die sich ihm in fast allen Fällen erfolgreich erwiesen hat.

Garel und Bernaud (Lyon): Ueber die Laryngitis nodularis.

Die Verff. haben 144 Fälle dieser Affection beobachtet, häufiger an Frauen als an Männern, sehr häufig an Kindern. Sie ist oft durch eine acute Laryngitis, in anderen Fällen durch Ermüdung der Stimme oder durch eine schlechte Gesangmethode verursacht. Das Abtragen mit der Zange giebt bessere Resultate als die Galvanokauterisation. Histologisch handelt es sich entweder um eine einfache Veränderung der Schleimhaut, mit neugebildeten Gefässen, oder um kleine fibromyxomatöse Geschwülste. G. und B. haben in keinem ihrer Fälle Drüsenelemente constatiren können.

Botey (Barcelona) sieht im obersten Pole der Tonsillen und in der Fossa supra-tonsillaris eine der wichtigsten Ursachen der peritonsillären Phlegmonen. Die Exstirpation der oberen Hälfte der Tonsille ist eine sehr wirksame präventive Behandlungsmethode dieser Affection. B. beschreibt das von ihm zu diesem Zwecke geübte Verfahren.

Escat (Toulouse): Ueber die Gelenkentzündungen des Kehlkopfes. Die Arthritis crico-arytaenoidea acuta kann leicht mit einer Paralyse des N. recurrens und die Arthritis crico-thyreoidea acuta mit einer Paralyse des N. laryngeus externus verwechselt werden. Es giebt jedoch eine gewisse Zahl differentiell-diagnostischer Zeichen, die vor einer solchen Verwechselung zu schützen im Stande sind. Ausser diesen Zeichen constatirt man fast immer bei den acuten Arthritiden: a) eine vorausgegangene oder noch existirende Angina catarrhalis acuta, b) eine Hyperämie des Kehlkopfes, c) einen mehr oder weniger ausgesprochenen fieberhaften Zustand, d) arthritische Erscheinungen in anderen Partien des Organismus. — Die Elektrotherapie ist ohne Wirkung in Fällen von acuten Entzündungen der Kehlkopfgelenke; die Behandlung mit Revulsiven ist viel erfolgreicher. Die Ankylosen sind sehr hartnäckig: bei Ankylosen des Crico-arytaenoidalgelenkes ist Dilatation und Intubation, bei denen des Crico-thyreoidalgelenkes die äussere Massage indicirt.

Gellé senior (Paris) stellt eine Reihe von graphischen Abbildungen vor, die mittelst des Phonographen aufgenommen worden sind und die nicht nur Unterschiede zwischen den verschiedenen Vocalen, Consonanten und Silben zeigen, sondern auch Unterschiede zwischen denselben Tönen, wenn sie von verschiedenen Individuen und mit verschiedener Intensität ausgesprochen sind, und auch Modificationen, die verschiedene Consonanten auf ihnen vorausgehende oder folgende Vocale ausüben. G. konnte mittelst der phonographischen Methode Curven aufstellen, welche die verschiedenen Sprachstörungen erkennen lassen.

Max Scheier (Berlin) demonstrirt Präparate zur Architectur des ossificirten Kehlkopfes.

Hellat beschreibt eine Affection der Tonsillen, die er mit dem Namen der Tonsillitis lepthotricia bezeichnet und von der er ca. 90 Fälle beobachtet hat. Klinisch konnte er an den Tonsillen die Anwesenheit von Pfröpfen, mikroskopisch die von sehr feinen, verwickelten Fäden constatiren. Er konnte an Thieren die klinischen Symptome der Affection nicht hervorrufen. Die Patienten leiden an periodischen Schmerzen, Parästhesien, Catarrhen des Pharynx und der benachbarten Organe, Druckempfindlichkeit und leichter Schwellung der Tonsillen und Störungen der Phonation. Es kommen oft acute Tonsillitiden und Peritonsillitiden vor. Die Behandlung besteht in Discission der Tonsillen. Die Prognose ist günstig.

Chauveau (Paris) berichtet a) über einen Fall von hysterischer Paralyse des linken Stimmbandes, mit gleichzeitiger Parese des Sterno-cleido-mastoideus und des Trapezius auf derselben Seite, Anästhesie und Parese des weichen Gaumens, Schluckbeschwerden und Hypersecretion.

b) einen Fall von symptomatischer Leukocythämie bei Lymphosarcom aller vier Tonsillen mit Ausdehnung auf die Drüsen.

Ruault (Paris) demonstrirt seine Zange für die partielle Excision der Tonsillen und hebt hervor, dass diese Zange keine schneidende ist, vielmehr nur zerquetschend wirkt.

Sitzung vom 9. August 1900.

Cuvillier (Paris) giebt eine Statistik von 2783 Fällen von adenoiden Wucherungen und Hypertrophien der Tonsillen und bespricht die Wirkungen, die diese Anomalien auf die Athmung und das Gehör ausüben.

Moure demonstrirt einen neuen Inhalator.

d'Ajutolo (Bologna) demonstrirt ein Tonsillotom, das die Form einer Scheere hat, deren Branchen mit Griffen versehen sind. Dieses Tonsillotom wirkt zerquetschend.

Courtade (Paris) demonstrirt folgende Instrumente:

a) Nasenspiegel;
b) Instrument zum Fixiren der Nasenspiegel;
c) Zungenspatel, der gleichzeitig auf die Zunge und den Unterkiefer einen Druck ausübt;
d) Zange zur Dilatation des Kehlkopfes;
e) Galvanocautergriff mit Rheostat.

Botey (Barcelona) demonstrirt seine Tracheal-Canülen.

Jankelevitch (Bourges).

III. Briefkasten.

Gründung einer laryngo-otologischen Gesellschaft in München.

Den „Annales des maladies de l'oreille" etc. entnehmen wir die Mittheilung, dass in München im October letzten Jahres eine laryngo-otologische Gesellschaft gegründet ist. Präsident derselben ist unser verehrter Mitarbeiter Prof. Ph. Schech, Schatzmeister und Secretär Dr. Hecht.

Dr. H. Bergeat †.

Ebenfalls aus den „Annales" stammt die Mittheilung, dass unser geschätzter Münchener Specialcollege Dr. H. Bergeat im Alter von 41 Jahren nach längerem Leiden verstorben ist.

Druck von L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XVII. Berlin, März. 1901. No. 3.

I. Referate.

a. Obere Luftwege, Medicamente, Allgemeines etc.

1) **Morkowitin. Sputumuntersuchung bei Kindern. (The examination of Sputum in Infants.)** *Archives of Pediatrics. März 1900.*

Ein gewöhnlicher Larynxapplicator, der mit Watte armirt ist, wird in den Larynx eingeführt; durch den hierbei entstehenden Husten bleibt das Sputum an ihm haften. Der linke Zeigefinger wird bis über die Epiglottis eingeführt, und der Applicator auf ihm geleitet.

EMIL MAYER.

2) **X. Die Bekämpfung der Tuberculose.** *Wiener med. Blätter. No. 23. 1900.*

Sammelbericht über einige neuere Arbeiten auf dem Gebiete der Tuberculose.

CHIARI.

3) **Kaposi** (Wien). **Ueber Miliartuberculose der Haut und der angrenzenden Schleimhäute.** Klinische Vorlesung. — *Allgem. Wiener med. Zeitung. No. 38. 1900.*

K. deducirt, dass es

1. einen Process giebt, für den der Name Tuberc. miliar. s. propria cutis et mucosae orig. gerechtfertigt ist, weil er von allen anderen ähnlichen oder ähnlich scheinenden Processen klinisch und histologisch vollkommen verschieden ist und sich durch die schmerzhaften, flachen, feinzackigen Geschwürchen charakterisirt,

2. dass die Prognose des Processes als locale Affection nicht absolut ungünstig ist, indem sogar grössere Herde theils bei entsprechender Behandlung, theils spontan heilen können,

3. dass übrigens die Prognose abhängig ist vom gleichzeitigen Bestehen oder Nichtbestehen einer gleichartigen Affection an inneren Organen.

CHIARI.

4) **Martuscelli. Pathologische Anatomie und Bakteriologie der Tuberculose der oberen Luftwege und des Ohres. (Anatomia patologica e batteriologia della tuberculosi delle prime vie respiratorie e dell'orecchio.)** *Arch. Ital. di Laringologia etc. October 1900.*

Referat gehalten auf dem V. Congress der Ital. Gesellschaft für Laryngologie 1900.

G. FINDER.

5) **S. Lissau** (Prag). **Leichter Partus bei einer tracheotomirten in ultimis befindlichen Phthisica.** *Prag. med. Wochenschr. No. 26. 1900.*

Patientin hat den, absolut genommen, leichten, für ihren sonstigen Zustand aber ungeheure Arbeit bedeutenden Geburtsact ohne Schaden zu nehmen, ertragen.

CHIARI.

6) **Massei. Prophylaxe und Behandlung der Tuberculose der oberen Luftwege. (Profilassi e cura della tuberculosis delle prime vie del respiro.)** *Arch. Ital. die Laringologia. Juni 1900.*

Referat für den V. Congress der Italienischen Gesellschaft für Laryngologie und Otologie.

FINDER.

7) **Frieser** (Wien). **Hetol und Hetokresol in der Behandlung der Tuberculose.** *Med. chirurg. Centralbl. No. 23. 1900.*

Genannte zwei Zimmtsäure-Präparate hat B. mit gutem Erfolge bei Phthisikern angewendet und zwar namentlich ersteres Präparat in subcutanen Injectionen.

CHIARI.

8) **A. Krokiewicz** (Krakau). **Zur Behandlung der Lungentuberculose mit intravenösen Hetolinjectionen nach Landerer.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 40. 1900.*

Auf Grund klinischer Erfahrungen wird die Anwendung der intravenösen Hetolinjectionen überhaupt nur in sehr frühen Anfangsstadien der Lungentuberculose empfohlen und nur in kleinen Dosen bis höchstens 0,005 g mit mehrtägigen Intervallen. Es ist kein Specificum, doch trägt das Mittel insofern zur Heilung bei, als es eine mässige allgemeine Leukocytose und locale Reaction in den Krankheitsherden hervorruft.

CHIARI.

9) **J. Braun. Die Resultate der Behandlung der Tuberculose mit Thiocol.** *Klin. therap. Wochenschr. No. 38. 1900.*

Recht befriedigende Resultate bei Phthise. Von einem Specificum gegen Tuberculose kann aber auch bei diesem Mittel nicht die Rede sein.

CHIARI.

10) **Calvet. Klinisch-therapeutische und experimentelle Studie über das Mentholöl bei gewissen Erkrankungen der Athemwege des Kindes. (Etude clinique, thérapeutique et expérimentale sur l'huile mentholée dans certaines affections des voies respiratoires chez l'enfant.)** *Thèse de Toulouse. 1899.*

40 proc. Mentholöl als intratracheale Injectivn hat guten Erfolg bei verschiedenen Formen von Bronchitis beim Kinde, besonders bei den chronischen Formen.

Die Injection geschieht ohne Schwierigkeit mittelst der Bayeux'schen Spritze, die mit einer abgebogenen Canüle versehen ist.

Die Erfahrungen im Thierexperiment lehren, dass das Mentholöl bis zu den letzten Verzweigungen der Bronchien vordringt.

PAUL RAUGÉ.

11) **W. Frieser** (Wien). **Der Werth des „Alsol" als Antisepticum und Desinficiens.** *Wien. klin. Rundschau. No. 32. 1900.*

Dem Alsol — Aluminium acetico-tartaricum — soll eine günstige Wirkung bei acuten und chronischen Schleimhautcatarrhen innewohnen. Angewendet wird es am besten in 5proc. wässeriger Lösung.

CHIARI.

12) **Linkenheld** (Bad Ems). **Die Emser Brunnen-Badecur nebst Verordnungsanweisungen zum Gebrauch derselben.** *Klin. therapeut. Wochenschr. No. 27. 1900.*

Die Emser Wasser sind warme, alkalisch-muriatische Quellen, welche bekanntlich schleimlösend und damit die Expectoration erleichternd wirken. Recht vortheilhaft werden dieselben auch zum Zwecke von Inhalationscuren bei chronischen Catarrhen der oberen Luftwege verordnet.

CHIARI.

13) **W. H. Bates. Die Anwendung von Nebennierenextract bei Nasenerkrankungen. (The use of the supra-renal extract in diseases of the Nose.)** *Laryngoscope. Februar 1900.*

B.'s Schlussfolgerungen lauten: 1. Suprarenalextract ist ein kräftiges Adstringens ohne lästige Nebenwirkungen. 2. Die Lösung soll frisch bereitet und nicht mit anderen Substanzen vermischt werden. 3. Bei der Behandlung von Nasen- und Halserkrankungen sollen daneben noch andere Heilmittel herangezogen werden. Da ja das Secret der Nebenniere zu den zur Erhaltung des Lebens nothwendigen Säften gehört, ist auch seine Anwendung als Medicament weniger schädlich, als die einer körperfremden Substanz. Es existirt nach Verf.'s Ansicht keine Substanz, die dem Nebennierenextract in seinem Wirkungskreis den Platz streitig machen könne.

In der daran anschliessenden Discussion bemerkte H. L. Swain, dass er jeden Erfolg von der Anwendung des Extractes bei Heufieber vermisste. J. E. Newconel beobachtete eine Steigerung der anästhesirenden Wirkung durch Combination mit Cocain. Douglass kennt kein gleich wirksames Mittel bei Heufieber. Chambers beobachtete secundäre Hämorrhagie in einem Fall. Emil Mayer hat Nachblutungen so oft erlebt, dass er das Extract nur bei vorderen Operationen z. B. bei dislocirter knorpliger Scheidewand, anwendet. Myles bedient sich des Extractes als trocknen Pulvers.

EMIL MAYER.

14) **Wadsworth Warren. Erfolgreiche Anwendung des Nebennierenextractes in der Rhinologie. (The successful application of adrenal extract in Rhinology.)** *Journal Eye, Ear and Throat diseases. März u. April 1900.*

In allen Fällen wandte Verf. die Lösung local, nicht mittelst des Sprays, sondern durch kräftiges Einreiben in die Schleimhaut, an. Nach seiner Ansicht ist das Extract als gutes Hämostaticum zu betrachten, das jedoch auf fibröse

Hypertrophien keine Wirkung ausübt. Besonders ist es in der Behandlung der acuten Rhinitis und des Heufiebers werthvoll.

EMIL MAYER.

15) **H. Halbrook Curtis. Die Anwendung von Suprarenalextract bei Laryngitis. (The use of suprarenal Extract in Laryngitis.)** *N. Y. Med. Record. 17. März 1900 u. Med. News. 24. März 1900.*

Die Anwendungsweise bestand in der Besprayung des Larynx mit einer frisch bereiteten Lösung des Extractes von einer Concentration 1,8:30,0. Bei Erschlaffung der Stimmbänder schien das Extract ebenso wirksam, als bei den mehr acuten Congestionen derselben. Ein practisch bemerkenswerthes Moment ist, dass Wasserstoffsuperoxyd die Wirkung des Suprarenal-Extractes aufhob.

LEFFERTS.

16) **H. L. Swain. Die Behandlung von Nasen- und Halskrankheiten mit Suprarenalextract. (The treatment of diseases of the nose and throat with the suprarenal extract.)** *N. Y. Medical Record. 17. März 1900. und Medical News. 24. März 1900.*

S. spricht sich dahin aus, dass der Extract keine bemerkenswerthe Wirkung entfaltet auf Gefässe, bei denen die Muskelschicht mangelhaft entwickelt ist, oder wo ein gewisser paralytischer Zustand der Gefässwand mit langdauernder und hochgradiger Entzündung einhergeht. Andererseits contrahirte das Suprarenalextract stets die Schwellungen der Muscheln und machte die Nase frei. Die Blutgefässe der Muscheln sind mit besonders gut entwickelter Muskelschicht versehen. Wenn Cocain vor oder nach dem Extract in Anwendung kam, so war die Contraction der Schleimhaut am ausgiebigsten. Vielleicht die werthvollste Eigenschaft des Extractes bei seiner Anwendung in Hals und Nase ist seine Ungefährlichkeit; es kann in grossen Dosen verwendet und kann auch ohne Schaden vom Patienten verschluckt werden. Eine Gewöhnung an das Mittel tritt nicht ein. Bei Heufieber und hypertrophischer Rhinitis hatte dasselbe ausgezeichneten Erfolg bei localer Anwendung, wogegen Verf. die von einigen anderen Autoren behaupteten günstigen Resultate nach innerlicher Anwendung nicht bestätigen kann. Pat. mit hyperästhetischer Rhinitis befanden sich bei einer einmaligen täglichen Besprayung mit Nebennierenextract sehr wohl. Desgleichen fand S. das Mittel sehr wirksam bei nasalem Asthma, sowie zur abortiven oder laufenden Behandlung von acuten Erkältungscatarrhen. Seine bedeutsamste Indication ist wohl die als Hämostaticum in der Nasenchirurgie. Verf. macht bei jeder Abtragung von Gewebstheilen Gebrauch von dem Mittel. Er wandte oft Nebennierenextract und und Cocain gleichzeitig oder direct nacheinander an. Gerade bei den blutigsten Operationen erzielte er damit ausgezeichnete Resultate. Nachblutungen hat er bei der Anwendung des Extractes nicht häufiger gesehen als zuvor. Für die meisten Zwecke erwies sich die frisch bereitete Lösung als genügend aseptisch, jedoch wäre es sehr praktisch, wenn die Herstellung von hermetisch verschlossenen Glasröhrchen mit absolut steriler Lösung von Nebennierenextract unternommen würde. Bei innerlicher Darreichung des Extractes in Fällen von Heufieber waren die Resultate nicht günstig. In allen Formen von Tonsillitis war er von der An-

wendung desselben sehr befriedigt, und bei manchen Fällen von Angina vermochte er damit die Halsschmerzen und dadurch auch die Nahrungsaufnahme wesentlich zu erleichtern. Bei gewissen acuten trockenen Congestionen nach Erkältungen schien das Extract besonders wirksam. Acutes Larynxödem wird sehr günstig von dem Mittel beeinflusst.

LEFFERTS.

17) **T. W. Murphy. Die Anwendung des Suprarenalextractes in der Chirurgie. (The surgical uses of supra-renal extract.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 7. Apri. 1900.*

Verf. wendet eine 2proc. Lösung von Cocain und dann eine 10proc. Lösung (sic!) des Extracts zur Einpinselung in der Nase an. Bei Tonsillotomien und Adenoidoperationen unter Chloroform wendet er das Extract vorher an, weil die Hebung des Blutdrucks während der Narcose wünschenswerth sein soll. Er fand die Blutung unter dem Einfluss des Mittels nicht geringer, als ohne dasselbe.

Neuerdings wurde das Extract in trockner Pulverform mit befriedigendem Resultate angewandt.

EMIL MAYER.

18) **J. H. Mauley. Chirurgische Maassnahmen zur Erleichterung bei Stenose der oberen Luftwege. (Surgical Measures of relief in stenosis of the upper air passages.)** *Canadian Journal of Medicine and Surgery. März 1900.*

Peinliche Antisepsis. Subcutane Injectionen von 1proc. Lösung von Cocainum muriat. nach Reclus; Cocain besitzt analgetische, das Herz stimulirende, ebenso wie styptische oder hämostatische Eigenschaften.

EMIL MAYER.

19) **C. H. Powell. Nasen- und Halsaffectionen. (Nose and Throat affections.)** *Atlanta Journal record of Medicine. März 1900.*

Enthusiastische Empfehlung eines dem Autor gehörenden Heilmittels.

EMIL MAYER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

20) **O. Grosser. Zur Anatomie der Nasenhöhle und des Rachens der einheimischen Chiropteren.** *Morph. Jahrb. XXIX. 1. 1900.*

In der vorliegenden Arbeit erhalten wir zum ersten Male eine ausführliche zusammenfassende Darstellung der Nasenhöhle und des Rachens unserer einheimischen Chiropterenformen.

R. SEMON.

21) **H. de Stella. Ein Fall von acutem Gelenkrheumatismus nach Rachenpolypenexstirpation. (Un cas de Rheumatisme articulaire aigu après une extirpation de Polypes muqueux du nez.)** *Annales de la Société de Méd. de Gand. VI. Fasc. 1900.*

Nach der Exstirpation von Nasenschleimpolypen bei einem 20jährigen Arbeiter entstand eine Rhinitis mit Sinusitis front. In dem abgesonderten Eiter werden Streptokokken nachgewiesen. Von da Infection des Organismus und abgeschwächte Septikämie, die sich auf die Eingeweide und Gelenke schlug und einen acuten Gelenkrheumatismus erzeugte.

BAYER.

22) **Cholewa. Warum recidiviren Nasenpolypen?** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 3. 1900.*

Im Hinblick auf die Untersuchungen von Woakes, und Hajek, der ebenfalls bei Polypenbildung Veränderungen am Knochen fand, dieselben aber als rareficirende Ostitis bezeichnete und zu den atrophischen Processen zählte, und auf Grund eigener Untersuchungen spricht Ch. die Ansicht aus, die Polypen verdankten einer Krankheit resp. Infection des Knochens und die Recidive einer Neuinfection derselben ihre Entstehung. Wenn, wie erwiesen, die Recidive von Knochenveränderungen entzündlicher Natur abhängig sind, so kann man auch behaupten, dass die Polypen der Nase primär jener Knochenaffection ihren Ursprung verdanken, die man mit dem Namen Osteomyelitis subacuta bezeichnet.

SCHECH.

23) **Desimoni. Gleichzeitiges Vorkommen von multiplen Nasenpolypen bei mehreren Gliedern einer Familie und Befund von Blastomyceten in den Polypen. (Delle coincidenza di mixomi multipli nasali in vari componenti di una famiglia e della presenza di blastomiceti nell' intimo loco.)** *Bollet. delle malatt. dell orecchio etc. September 1900.*

Bei sämmtlichen Familienmitgliedern, Vater, Mutter, Sohn und Tochter, fanden sich in beiden Nasenhöhlen gewöhnliche Schleimpolypen, die bei dem weiblichen Theil der Familie Anlass zur Entstehung von asthmatischen Anfällen gaben.

Verf. hat, besonders in den peripheren Partien der Polypen innerhalb der Bindegewebsfasern, rundliche, seltner ovale Körperchen gefunden, die sich mit Ehrlich'scher Lösung violett färbten, von kleinzelliger Infiltration umgeben waren die er für „Blastomyceten“ anspricht. Dieser Befund — sollte es sich bei demselben nicht vielleicht um Fuchsinkörperchen handeln? (Ref.) — giebt im Verein mit dem Vorkommen der Nasenpolypen bei mehreren Gliedern einer Familie natürlich dem Verf. sofort willkommene Gelegenheit, sich über die Wahrscheinlichkeit der infectiösen Natur der Polypen zu verbreiten.

FINDER.

24) **v. Rimscha. Nasenpolypen.** (Mittheilungen d. Gesellsch. prakt. Aerzte zu Riga.) *St. Petersb. med. Wochenschr. No. 39. 1900.*

a) Demonstration eines Nasentumors, der klinisch den Charakter eines bösartigen darbot, durch das Septum von der einen zur anderen Seite durchgewuchert war und mikroskopisch sich als einfacher Schleimpolyp erwies.

b) Demonstration eines Schleimpolypen des N.-R.-Raumes.

F. HELLAT.

25) **Dobrowolski. Rhinologische Casuistik.** *Pamiętnik P. L. W., posiedzenie s dnia. 15 maja 1900.*

a) Bei einem 7jährigen Mädchen, das seit einem Jahr an Nasenverstopfung litt, wurden vorn in den Nasenhöhlen multiple Polypen und in dem Nasenrachenraum eine grosse Geschwulst gefunden, welche unter Chloroform mit der Schlinge entfernt wurden. Die krankhaften Erscheinungen verschwanden gänzlich. Nach einem Monat stellten sich heftige Schmerzen in der linken Schläfe ein, Strabismus und Exophthalmus sinister, sowie Verstopfung des linken Nasen-

loches. Verf. meint, dass es sich in diesem Falle um einen Polypen in der Fossa pterygopalatina sinistra handelte.

b) Ein 12jähriger Knabe fiel von der Schaukel und stiess mit der Nase auf einen harten Gegenstand, wobei starke Nasenblutung und darauf vollständige Nasenverstopfung eintrat. Am 3. Tage untersuchte Verf. den Patienten. Er fieberte hoch (40), das Septum war stark geschwollen. Letzteres wurde vom Verf. tief incidirt, wobei sich ca. 75 ccm Blut mit eiteriger Flüssigkeit und ein Stückchen des Vomer entleerten. Der Patient genas bald darauf. A. SOKOLOWSKI.

26) **Routier. Nasentumor. (Tumeur du nez.)** *Société de Chirurgie. 12. Febr. 1900.*

Vorstellung eines Patienten, der von R. wegen eines enormen hypertrophischen Tumors der Nase operirt worden war.

Ausgezeichnetes plastisches Resultat. PAUL RAUGÉ.

27) **Gallet. Fall eines voluminösen, auf Kosten des Sinus sphenoid. herangewachsenen Osteoms. (Cas de volumineux ostéome déveleppé aux dépens du sinus sphenoidal.)** *La Clinique. No. 28. 1900.*

Die Diagnose wurde auf Osteom der Orbita gestellt. Operation: Präventivtracheotomie; vorbereitete Ligatur der Carotis mit Temporärresection des Oberkiefers; Enucleation des Auges; Entfernung eines hühnereigrossen Osteoms mit weiter Eröffnung des Sin. sphenoid. vermittelst Meissel und Hammer; Einführen der Oesophagussonde durch die Nase. Nach 12 Tagen Tod in Folge von eitriger Basilarmeningitis. BAYER.

28) **M. J. Coomes. Angiofibrom der Nase und des Pharynx. (Angiofibrom of Nose and Pharynx.)** *Journ. American Med. Assoc. 28. April 1900.*

Als C. den Patienten zuerst sah, drängte sich eine Geschwulstmasse aus Mund und Nase vor, ein Stück in den Larynx herunter und störte die Athmung, und die Zunge lag concav, um sich der Geschwulst im Munde anzupassen. Die grössere Masse der Geschwulst wurde, soweit erreichbar, stückweise entfernt, mittelst Schlinge, Messer und Ligatur. Eine Jarvis'sche Schlinge wurde fest hinten um die Geschwulst gelegt und 60—120 Stunden liegen gelassen. Der Kranke wurde gebessert, zeigt aber noch jetzt äusserlich sichtbar eine grosse Geschwulstmasse. EMIL MAYER.

29) **J. V. Fitzpatrick. Angiom der Nase. (Nasal angioma.)** *Journ. American Med. Assoc. 28. April 1900.*

Der Tumor ging von der unteren Muschel aus, und zeigte an der vorderen Fläche eine verschorfte Stelle. EMIL MAYER.

30) **D. Rona. Rhinosklerom. (Rhinoscleroma.)** *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases. März 1900.*

Russland, Oesterreich, Centralamerika und Ungarn sind in der genannten Reihenfolge die Länder, in denen Rhinosklerom am häufigsten ist. Verf. macht darauf aufmerksam, dass die regionären Lymphdrüsen durch den Process in Mitleidenschaft gezogen sein können. EMIL MAYER.

31) **C. W. Allen. Zwei Fälle von Rhinosklerom. (Two cases of rhinoscleroma.)** *N. Y. Med. Record. 19. März 1900.*

In dem ersten Fall verfiel die Portion der Geschwulst, welche die Mitte der Oberlippe, das Zahnfleisch und die unteren Partien der Nase einnahm, eitriger Gangrän und wurde im Verlauf von 14 Tagen völlig abgestossen, so dass die Knochen entblösst lagen. Dieselben wurden nachher wieder von der nachwachsenden Geschwulst überdeckt, so dass Essen, Athmen, Schlafen etc. wieder naturgemässer vor sich gehen konnten, und das Leben des Patienten, der bereits aufgegeben war, sich noch in die Länge zog. Bei dem zweiten Patienten, dessen Erkrankung seit wenigstens 19 Jahren bestand, war eine enorme Erweiterung der äusseren Nase vorhanden mit Dilatation der Nasenlöcher, die jedoch in Wahrheit verschlossen waren. Seit 9 Jahren wird die Athmung allein durch eine Tracheotomie-Canüle ermöglicht. Die Stenose dehnte sich allmählich auch über den ganzen Pharynx aus und verschloss auch die Choanen durch fibröse Gewebsmassen. Trotz der Schwere der gegenwärtigen Situation trat doch kürzlich wieder Besserung des Allgemeinbefindens ein.

LEFFERTS.

32) **J. Herzfeld** (Berlin). **Zur Casuistik der malignen Epithelialgeschwülste der oberen Nasenhöhle.** *Berl. klin. Wochenschr. 36. 1900.*

Der Plattenepithelkrebs nahm den oberen Theil der rechten Nasenhöhle der 60jährigen Pat. ein, hatte die Siebplatte zerstört, ferner einen grossen Theil der Stirnhöhlenwände (Protrusio bulbi) und einen Theil der vorderen Keilbeinhöhlenwand. Daneben bestanden gelatinöse Fibrome in der Nasenhöhle und ein Empyem der Kieferhöhle. Bemerkenswerth ist auch in diesem Falle das Fehlen jeglicher Blutungen.

ZARNIKO.

33) **Hallopeau** (Paris). **Ueber ein Recidiv eines Epithelioms der Nase, das die autoplastisch gebildeten Partien freilässt. (Sur une récidive d'épithélioma du nez épargnant les lambeaux autoplastiés.)** *Société de Dermatologie et de Syphiligraphie. 1. März 1900.*

An dem Kranken ist vor 6 Monaten eine autoplastische Operation unter Benutzung von 2 Stirnlappen ausgeführt worden. Ein sehr schnell sich entwickelndes Recidiv verursacht einen grossen Substanzverlust mitten im Gesicht. Dieser Substanzverlust rahmt die Transplantationslappen ein und legt sie sozusagen frei, ohne sie zu berühren. Die Beobachtung spricht zu Gunsten der Cohnheimschen Embryonal-Theorie als Parasitismus.

PAUL RAUGÉ.

34) **Guilio Masini u. Silvio Genta. Ueber adenoide Vegetationen; Adenoidismus. (Sur les vègétations adénoïdiennes; adénoïdisme.)** *Annali di Laringologia ed Otologia. October 1900.*

Die Untersuchungen, über die Verff. in vorliegender Arbeit berichten, sind ein Gegenstück zu den in einer früheren Publication von Masini mitgetheilten, welche die Physiologie der Gaumenmandeln betrafen und deren Resultat war, dass das aus letzteren gewonnene Extract, Versuchsthieren injicirt, deutliche Veränderungen des Blutdrucks und der Herzcontractionen hervorrief. Auf Grund dessen

waren die Gaumenmandeln vom Verf. als „Drüsen mit innerer Secretion“ angesprochen worden.

Die Ergebnisse der Untersuchungen, die in vorliegender Arbeit niedergelegt sind, sollen beweisen, dass der unter der Bezeichnung „Adenoidismus“ zusammengefasste Complex localer und allgemeiner Symptome auf einer Intoxication beruht, die zurückzuführen ist auf mangelhafte oder fehlende innere Secretion der Rachenmandeln. Es wurde das wässrige Extract der Rachenmandeln — rein oder mit Glycerin gemischt — in die Ohrrandvene von Kaninchen injicirt und danach eine erhebliche Steigerung des arteriellen Druckes und Verlangsamung der Herzcontractionen beobachtet.

Eine zweite Serie von Untersuchungen hat den Zweck, zu zeigen, dass die „adenoide Cachexie“ nicht beruht auf der mangelhaften Nasenathmung. Es ergiebt sich aus den mittels eines von Masini zu diesem Zweck construirten und „Graphorhinometer“ genannten Apparates gemachten Messungen, dass die Ventilirung der Lungen bei der Mundathmung genau dieselbe und ausreichende ist, wie bei der Nasenathmung, wenn auch die vitale Capacität im Allgemeinen bei Kindern mit adenoiden Vegetationen in Folge der Thoraxdeformität und schlecht entwickelter Intercostalmusculatur niedriger ist, als bei gesunden oder an Nasenobstruction und anderen Cründen (z. B. Septumdeviation) leidenden Kindern.

Von der Annahme ausgehend, dass die von ihnen angenommene Intoxication sich vor allem ausdrücken müsse in Anomalitäten des Blutes, haben Verf. umfangreiche Blutuntersuchungen angestellt. Da die Resultate dieser Untersuchungen bereits im October 1899 auf dem Congress der Italienischen Gesellschaft für Laryngologie publicirt wurden, so ist den Verf. die Priorität vor Lichtwitz und Sabrazès, die sich mit demselben Gegenstand beschäftigten (Archiv für Laryngologie. Bd. X. Heft 2.) und übrigens übereinstimmende Ergebnisse hatten, nicht zu bestreiten. Es wurde eine Zunahme der Makrocyten und Poikilocyten und eine derartige Vermehrung der Leukocyten gefunden, dass ihre Zahl doppelt so gross, als in der Norm war. Ferner zeigte sich, dass das Hämoglobin viel leichter von den rothen Blutkörperchen abgegeben wurde, als im Blut Gesunder.

G. FINDER.

35) **Parmentier. Pathologischer Ueberblick über die Nasenrachenmandel. (Aperçu Pathologique sur l'Amygdale Pharyngée.)** *Le Progrès Méd. Belge. No. 10. 1900.*

Der Artikel bringt für den Leser dieser Zeitschrift nichts Neues. BAYER.

36) **Réthi** (Wien). **Die latente Tuberculose der Rachenmandel.** *Wiener klin. Rundschau. No. 26. 1900.*

R. untersuchte 100 Fälle von exstirpirten adenoiden Vegetationen auf Tuberculose und konnte 6mal Tuberkel und 2mal Verkäsung nachweisen. Von diesen 6 Fällen bestand 2mal hereditäre Belastung, 5 hatten Halsdrüsenschwellung.

CHIARI.

37) **Cheval. Ueber die Adenoïditis. (De l'Adénoïdite.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 21. 1900.*

Ch. unterscheidet eine catarrhalische und infectiöse Form von Entzündung

der adenoiden Wucherungen. Dieselbe recidivirt häufig, wie die Amygdaliten und führt zur Hypertrophie; die Abscedirung ist seltener; dagegen pflanzt die Entzündung sich häufig durch die Tube aufs Mittelohr fort.

BAYER.

38) **Sack. Ueber acute und chronische Adenoiditis bei Kindern. (Ob ostrom i chron. adenoidite u detei.)** *Mediz. Obosren. 8. 1899.*

Nach S. können acute Adenoitiden epidemisch auftreten und mit Nephritiden sich compliciren. Sie werden häufig übersehen oder für etwas anderes gehalten. Die Symptomatologie ist sehr verschieden. Leider sind die Kinderärzte bisher nicht immer genügend vertraut mit diesem Vorkommniss (Ref.)

P. HELLAT.

39) **de Greift. Einige Bemerkungen bezüglich adenoider Wucherungen vom Jahre 1899. (Quelques notes de lecture au sujet des végétations adénoides pendant l'année 1899.)** *Annal et Bulletin de la Soc. de Méd. d'Anvers. 1900.*

Besprechung der Symptomatik der adenoiden Vegetationen mit besonderer Betonung der Enuresis und Mittheilung eines einschlägigen Falles. Der Verf. kommt dann noch auf die Theorie von Hertogen zu sprechen, der zu Folge die adenoiden Vegetationen und die Incontinentia urinae nichts anderes wären, als der symptomatische Ausdruck einer Schilddrüseninsufficienz.

BAYER.

40) **Tomasi. 78 Fälle von adenoiden Vegetationen in der Provinz Lucca. (Settantotto casi di vejetazioni adenoidi nella provincia di Lucca.)** *Arch. Ital. di Laringologia. Juli 1900.*

Verf. ist geneigt, unter den zur Entstehung von adenoiden Vegetationen führenden Factoren einem kühlen, feuchten und unbeständigen Klima, das zu häufigen Entzündungen der Nasen-Rachenschleimhaut Anlass giebt, eine bedeutende Rolle zuzuertheilen.

FINDER.

41) **Danziger** (Beuthen). **Ueber adenoide Vegetationen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 1. 1900.*

Den Symptomencomplex der adenoiden Vegetationen will D. auf Grund seiner Beobachtungen in mehrere Arten classificiren, deren Details im Original nachzulesen sind; die Zeit des Auftretens sowie die grössere Betheiligung des weiblichen Geschlechtes veranlasst D., einen Zusammenhang der Adenoiden mit dem Eintritt der Pubertät anzunehmen, soweit bei dieser gerade der weibliche Organismus viel intensivere Veränderungen erfährt als der männliche Körper.

SCHECH.

42) **F. J. Herron. Adenoide. (Adenoids.)** *Memphis Medical Monthly. Juli 1900.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

43) **Benoit** (Lüttich). **Phlyctenuläre Conjunctiviten und adenoide Wucherungen. (Conjunctivites phlycténulaires et Tumeurs adénoïdes.)** *Gazzette Méd. Belge. No. 12. 1900.*

Bei allen hartnäckigen und recidivirenden Fällen von phlyctenulärer Conjunctivitis soll der Nasenrachenraum untersucht werden. Beinahe immer werde

man adenoide Wucherungen finden, deren Entfernung eine rasche und definitive Heilung der Augenaffection einleiten würde. Die adenoiden Wucherungen schaffen einen lymphatischen scrophulösen Boden, auf welchem sich die phlyctenulären Conjunctiviten einnisten.

BAYER.

44) **Teterewjatnikow. Von der Häufigkeit der Adenoiden, ihrem Zusammenhang mit Ohrenaffectionen und der Aprosexie bei Lernenden. (O tschastote sabolewasei adenoidami, i ich strjazi s uschnimi stradanijami i ob aprosekin u utschaschtschichsja.)** *Med. Obsren. Februar 1900. — N. Y. Med. Record. 24. März 1900.*

In der Basanow'schen Klinik wurden unter 7270 Kranken 595 also 8 pCt. mit Adenoiden behandelt. Bei Schulkindern fand T. 20 pCt. Aden. und fast die Hälfte derselben wiesen Ohrenaffectionen auf.

P. HELLAT.

45) **H. Goldschmidt** (Breslau). **Der Einfluss der Entfernung der adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraums auf Erkrankungen, die durch sie veranlasst oder verstärkt werden.** *Wiener klin. Rundsch. No. 35. 1900.*

G. führt aus, dass die Rachenmandel zunächst acut erkranken kann (Pharyngotonsillitis acuta catarrh., follic, lacun., phlegm.), ferner chronisch (tuberc. und syph.).

Es wird weiter auf die häufige Mitbetheiligung des Ohres hingewiesen, sowie auch auf die Störungen im Bereiche der Sprache, des Auges, der Drüsen, des Rachens und Kehlkopfes, schliesslich auch in der Gebietssphäre des Gehirnes, woraus der günstige Einfluss der Entfernung der Wucherungen deducirt wird.

CHIARI.

46) **M. Grönbech. Die Beziehungen zwischen Enuresis nocturna bei Kindern und adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraum. (The relations existing between the nocturnal enuresis of children and adenoid vegetations of the Nasopharynx.)** *N. Y. Medical Journal. 3. Mai 1900.*

Verf. findet bei Durchsicht seiner Untersuchungen, die er seit 1895 angestellt hat, dass in 9,1 pCt. der Fälle mit adenoiden Vegetationen eine zweifellose Beziehung zwischen diesen und Incontinentia urinae bestand. Huber fand Adenoide gewöhnlich bei nervösen Kindern aus nervösen Familien, die an Trockenheit des Mundes und der Lippen, extremem Durst, Polydipsie, Polyurie und Incontinentia diurna sowie nocturna litten. Die Kinder waren meist anämisch, apathisch, litten an Kopfschmerzen, Palpitationen und häufigem Pavor nocturnus. Die Urinuntersuchung ergab stets negativen Befund.

LEFFERTS.

47) **Aviragnet. Adenoide Wucherung im Pharynx und hartnäckiges Erbrechen. (Pharyngeal adenoids and obstinate vomiting.)** *N. Y. Medical Journal. 23. Juni 1900.*

Es scheint, dass zu den zahlreichen Störungen, die bei Kindern im Gefolge der adenoiden Vegetationen im Pharynx auftreten können, ein beinahe unstillbares Erbrechen gehört, wie es Verf. bei einem 5jährigen Knaben beobachtete.

Es traten wiederholte Anfälle von Erbrechen ein und eine auf den Magen gerichtete Behandlung war erfolglos. Dagegen hörte das Erbrechen nach Operation der Vegetationen auf.

LEFFERTS.

c. Mundrachenhöhle.

48) **N. Kallistratow. Zur Casuistik der Angina Ludovici. (K kasuistike Ang. Ludow.)** *Wojenno med. Journ. 1900.*

Eine Mittheilung von 3 Fällen.

P. HELLAT.

49) **R. Martin. Menstruelle Halsschmerzen. (Catamenial Sare Threat.)** *N. Y. Medical Journal. 23. Juni 1900.*

Die Kenntniss von Beziehungen zwischen Menstruation und anginösen Affectionen ist nicht neu, aber wohl niemals so gründlich studirt worden, als vom Verf. Derselbe findet den Zusammenhang durchaus nicht ungewöhnlich; meist bestehen in solchen Fällen Störungen der Menstruation. M. neigt zu der Annahme, dass die letztere eine Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit gegen den Streptococcus verursacht.

LEFFERTS.

50) **Bruck. Purpura rheumatica und Angina.** *Münchener med. Wochenschr. No. 25. 1900.*

B. beobachtete mehrmals einen Zusammenhang von Purp. rheum. mit Angina.

SCHECH.

51) **Woloshinsky. Polyarthritis acuta nach Angina lacunaris.** (Protokolle der prakt. Aerzte zu Riga.) *St. Petersb. Wochenschr. No. 32. 1900.*

W. beobachtete eine Hausepidemie von Angina lac. bei 9 Personen; 3 von denselben bekamen direct im Anschlusse an die Angina acuten Gelenkrheumatismus.

Der Autor steht nicht an, die Polyarthritis als Secundärerkrankung nach Angina — hervorgerufen durch die pyogenen Bakterien — aufzufassen.

P. HELLERT.

52) **Frederick A. Packard. Infection durch die Tonsillen, speciell bei acutem Gelenkrheumatismus. (Infection through the tonsils, especially in connection with acute articular rheumatism.)** *Philad. Med. Journ: 28. April 1900.*

Verf. zieht folgende Schlussfolgerungen:

1. Die Tonsillen sind active und nützliche Organe, deren Aufgabe es ist, eine Barriere gegen das Vordringen von Organismen in die tieferen Gewebe zu bilden an einer Stelle, die ihrer Lage wie Beschaffenheit nach der Infection sehr ausgesetzt ist.

2. Die Thätigkeit der Tonsillen in dieser Hinsicht gleicht derjenigen anderer lymphadenoider Gewebe im Körper wie z. B. der Lymphdrüsen.

3. Während des Verlaufs der Angina oder im Anschluss an dieselbe treffen wir häufig die wesentlichsten Complicationen des typischen acuten Gelenkrheumatismus.

4. Der acute Gelenkrheumatismus ist eine Infectionskrankheit, die möglicherweise nicht durch ein, sondern durch variirende Bakterien bedingt ist.

5. Die Erscheinungen des Rheumatismus können zurückzuführen sein auf eine Toxinresorption.

6. Das Toxin, das den Rheumatismus verursacht, kann auch von einem abgeschwächten Mikroorganismus producirt werden.

7. Möglicherweise erklärt sich die Thatsache, dass sich der acute Gelenkrheumatismus nach einer Invasion durch den Mund leichter entwickelt als gewöhnliche Septikämie oder Pyämie auf die Weise, dass gerade hinter dieser Eingangspforte eine grosse Masse von lymphadenoidem Gewebe liegt, welches das Wachsthum und die Virulenz der Mikroorganismen abschwächt.

8. Die Bezeichnungen rheumatische Pleuritis, rheumatische Purpura, rheumatisches Erythem, rheumatische Halsschmerzen sollten weniger ausgiebig gebraucht werden. Es ist correcter, diese Affectionen als Folgen einer Infection zu betrachten, seien sie nun begleitet von Gelenksymptomen oder nicht, als von latenten, abortiven oder unvollständigen Formen einer Erkrankung in Folge unbekannter, mystischer und unfassbarer rheumatischer Intoxication zu sprechen.

EMIL MAYER.

53) **Roeger** (Stuttgart). **Angina mit Endocarditis.** *Münch. med. Wochenschr. No. 8. 1900.*

Wiederholt traten an den Tonsillen herpesartige Efflorescenzen auf, welche einen seichten Schleimhautdefect hinterliessen; in 24 solchen Fällen wurden 13mal Herzgeräusche beobachtet. In 14 Fällen verschwand das Geräusch wieder, 10mal persistirte es; am deutlichsten war dasselbe systolisch und zwar an der Herzspitze. Bei 120 Fällen von Angina wurden 24mal, also in 20pCt. der Fälle Geräusche beobachtet. R. glaubt aus dem Persistiren der Geräusche den Schluss ziehen zu dürfen, dass eine echte Endocarditis vorliegt wie bei dem Gelenkrheumatismus.

SCHECH.

54) **Noltenius** (Bremen). **Ein unter dem Bilde der Angina follicularis auftretender, in zwölf Tagen letal endender Fall von Septicaemie.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 34. 1900.*

Unter der Maske einer leichten Angina entwickelte sich ein schwerer Krankheitszustand, der ohne Schüttelfröste mit Anfangs niedrigem, später hohem continuirlichem Fieber mit schmerzhaften Schwellungen an verschiedenen Körperstellen mit Freibleiben der Gelenke, mit Durchfall und grosser Abgeschlagenheit bei freiem Sensorium unter zunehmender Herzschwäche zum Tode führte.

ZARNIKO.

55) **M. J. Coomes. Pyoktanin bei folliculärer Angina. (Blue Pyoktanin in follicular Tonsillitis.)** *Americ. Practitioner and News. 1. März 1900.*

Hunderte von Fällen wurden damit behandelt und die Wirksamkeit des Mittels war gleichmässig und prompt. Die ganze Oberfläche der Tonsillen und umgebenden Gewebe wurden mit einer Lösung von 1 : 150, zwei bis dreimal in 24 Stunden gepinselt.

Ein Gurgelwasser von Bromkalium 1,0, Glycerin 4,0, Aqua 30,0, wurde einstündlich, heiss gebraucht.

EMIL MAYER.

56) **Sörensen** (Kopenhagen). **Ueber Angina phlegmonosa. (Om Angina phlegmonosa.)** *Hospitals Tidende. S. 101. 1900.*

Verf. giebt eine tabellarische Uebersicht über 155 Fälle von Angina phlegmonosa, die in dem Epidemiospitale zu Kopenhagen von 1892—98 behandelt wurden. Die überwiegende Anzahl der Patienten (126) war in dem Alter von 15—34 Jahren.

Die Uebersicht enthält nichts Neues. Nur erwähnt Verf., dass er kürzlich in seiner Praxis einen Fall von Phlegmone diffusa pharyngis et laryngis beobachtet hat. Der Patient starb unter toxischen und asphyktischen Symptomen, und die Schleimhaut des Schlundes, des Larynx und der Trachea zeigte sich bei der Section überall fest infiltrirt, wogegen das periintestinale Bindegewebe nicht angegriffen war.

SCHMIEGELOW.

57) **Jacobi** (Denmark). **Plötzlicher Tod nach Angina phlegmonosa. (Pludselig Död efter Angina phlegmonosa.)** *Hospitals Tidende. S. 752. 1900.*

Ein 21jähriger Mann leidet an phlegmonöser Angina; am 27. Mai wird incidirt, wonach alle krankhafte Symptome schwinden. 6 Tage nachher stirbt er plötzlich unter Symptomen, die an Embolie erinnern. Die Obduction nicht gemacht. (Der Fall ist sehr dunkel und zweifelhaft. Ref.)

SCHMIEGELOW.

58) **J. Kollmann. Die Entwicklung der Lymphknötchen in dem Blinddarm und dem Processus vermiformis. — Die Entwicklung der Tonsillen und der Milz.** *Archiv f. Anat. u. Physiol. H. 3 u. 4. 1900. — Centralbl. f. Physiologie. No. 13. 1900.*

Verf. tritt für die mesodermale Herkunft der obenerwähnten Gebilde ein.

CHIARI.

59) **H. Töpfer** (Berlin). **Ueber Muskeln und Knorpeln in den Tonsillen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XI. S. 1. 1900.*

T. untersuchte eine wegen Hyperkeratosis lacunaris in A. Rosenberg's Poliklinik exstirpirte Tonsille und constatirte in derselben 2 Bündel von quergestreiften Muskelfasern und mehrere Herde von hyalinem Knorpel. Erstere Abnormität, die bisher nicht beschrieben worden ist, erklärt T. so, dass einer der Muskeln, die an die Tonsille herangehen und an ihrer äusseren Kapsel inseriren, einige Fasern in die fibrösen Septen der Mandel weiter geschoben hat. Die Bildung von Knorpel in der Tonsille ist häufiger; T. fand sie 3mal in 10 untersuchten Mandeln. Er glaubt in seinen Präparaten die Entstehung des Knorpels aus dem Bindegewebe erkennen zu können und erklärt den Knorpel daher nicht als Abkömmling eines Kiemenbogens, sondern als Neubildung in einem heterologen Gewebe.

F. KLEMPERER.

60) **Derrick J. Vail. Der Tonsillen-Ring. (The Tonsillar Ring.)** *Cincinnati Lancet clinic. 6. Januar 1900.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

61) **F. F. Friedmann** (Berlin). **Ueber die Bedeutung der Gaumentonsillen von jungen Kindern als Eingangspforte für die tuberculöse Infection.** *Deutsche med. Wochenschr. 24. 1900. — N. Y. Medical Record. 30. Juni 1900.*

Genaue histologische und bakterioskopische Untersuchung von 91 Sectionsfällen und 54 Lebenden führen den Verf. zur Ansicht, dass die Tonsillartuberculose im Kindesalter am häufigsten nicht secundär durch infectiöses Sputum, sondern primär durch infectiöse Nahrung entsteht.

(Die vorliegende Mittheilung ist ein Auszug aus einer ausführlichen, von der Berliner medicinischen Facultät preisgekrönten Arbeit des Verf.'s, die in Ziegler's Beiträgen erscheint.) ZARNIKO.

62) **F. F. Friedmann. Ueber die Bedeutung der Gaumentonsillen von jungen Kindern als Eingangspforte für die tuberculöse Infection.** *Ziegler's Beiträge z. pathol. Anat. XXVIII. 1. 1900.*

Die ungemein zahlreichen Untersuchungen F.'s haben ihn zu der Auffassung gebracht, dass die Gaumenmandeln, zumal bei kleinen Kindern, als Eingangspforten für die die tuberculöse Infection durchaus nicht ohne Bedeutung sind. In einem Falle gelang es ihm selbst, in ihnen den ersten und einzigen Herd einer ausgedehnten Tuberculose nachzuweisen.

Allerdings scheint bei lebenden kräftigen Kindern mit chronischer Hyperplasie der Tonsillen eine Mandeltuberculose äusserst selten zu sein. Am häufigsten entsteht sie im Kindesalter durch Nahrungsinfection. Eine selbstständige Inhalationstuberculose der Tonsillen ist jedenfalls äusserst selten; eine Infection auf dem Lymphwege kaum anzunehmen. A. ROSENBERG.

63) **v. Scheibner** (Lippspringe). **Bilden die Tonsillen häufige Eingangspforten für die Tuberkelbacillen?** (Aus dem patholog. Institut in Leipzig.) *Ziegler's Beitr. z. pathol. Anat. XXVI. 1899.*

Unter 32 histologisch untersuchten Tonsillen von Leichen fanden sich nur 2 oder, wenn die operirten Fälle mitgerechnet werden, unter 60 nur 4 mit grosser Wahrscheinlichkeit primäre Tuberculosefälle, von denen der eine Fütterungstuberculose war. Es bleiben 3 primäre Aspirationstuberculosen, d. h. 50 pCt. der untersuchten Fälle. A. ROSENBERG.

64) **Jonathan Wright. Einige kritische Bemerkungen über die neuere laryngologische und rhinologische Literatur. (Some critical and desultory rémarks an recent laryngological and Rhinological Litterature.)** *N. Y. Med. Journal. 7. April 1900.*

Der Autor widmet den vorliegenden Theil seiner interessanten Reihe von Aufsätzen einer zusammenhängenden Erörterung der Frage von der Tuberculose der oberen Luftwewege. Er sagt: „Wenn wir die Art und Weise studiren, wie die Zahlen aufgestellt werden , welche die Häufigkeit der tuberculösen Infection der Lymphgewebe des Pharynx zur Darstellung bringen sollen, und wenn wir dieselben einer scharfen kritischen Analyse unterwerfen, so finden wir, dass man sich auf die bisherigen Statistiken nicht ohne weiteres stützen kann zur statistischen Feststellung der Fälle von Adenoiden und Tonsillen, welche der Sitz der sog.

latenten Tuberculosen sind. Nichtsdestoweniger ist eine gewisse Zahl von Fällen berichtet worden, wo die positive Diagnose der Tuberculose unzweifelhaft richtig war. Es handelt sich nur um die Zahl von zweifelhaften Fällen.

Die persönliche Stellung des Beobachters ist ein wichtiger Factor nicht nur in negativen, sondern auch in positiven Berichten über das Vorhandensein tuberculöser Erscheinungen.

Ich bin mir der Möglichkeit vollkommen bewusst, dass ich versäumt haben kann, die Anzeichen einer latenten Tuberculose zu erkennen, wo es anderen vielleicht gelungen wäre, wenn ich hier einen ergänzenden Bericht meiner eigenen Beobachtungen anfüge von allen Fällen, die ich bis jetzt verzeichnet habe.

Gaumentonsillen	54
Pharynxtonsillen	51
Zungentonsillen	16
Summa:	121.

LEFFERTS.

65) **E. Aron** (Berlin). **Ein Weg der Infection beim Menschen.** *Wiener klin. Rundschau. No. 27. 1900.*

Verf. will die Aufmerksamkeit auf die oft stark zerklüfteten Tonsillen als Eingangspforte für die verschiedenartigsten pathogenen Bakterien des Menschen lenken.

CHIARI.

66) **F. M. Archibald. Die Tonsillen und einige ihrer Erkrankungen. (The tonsils and some of their diseases.)** *Northwestern Lancet. 1. März 1900.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

67) **G. H. Thrailkill. Tonsillitis. (Tonsillitis.)** *Western med. journ. Februar 1900.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

68) **Edwin Gladmore. Acute Tonsillitis. (Acute Tonsillitis.)** *North Carolina medical journal. December 1899.*

Nichts von Belang.

EMIL MAYER.

69) **Wm. J. Class. Die Aetiologie der acuten Tonsillitis. (The etiology of acute Tonsillitis.)** *Interstate Med. Journal. Mai 1900.*

Eintheilung der acuten Angina in folgende Gruppen: 1. Als grösste wichtigste, die durch den Pneumococcus verursachte; 2. die durch den Diphtheriebacillus, 3. durch den Streptococcus pyogenes; 4. durch den Diplococcus scarlatinae; 5. den Influenzabacillus; 6. den Staphylococcus pyogenes; 7. die durch Mischinfectionen mit zwei oder mehr der beschriebenen Mikroorganismen verursachten Anginen.

Als Resultat seiner Untersuchungen stellt C. fest, dass eine grosse Zahl acuter fieberhafter Erkrankungen im Kindesalter, deren Ursache früher unbekannt war, nichts anderes darstellt, als eine Pneumokokkeninfection auf dem Wege durch die Tonsillen. Einige hundert Fälle dieser Art wurden klinisch und bakteriologisch sorgfältig beobachtet.

Verf. geht der Reihe nach die anderen Infectionswege durch und befürwortet ein genaueres bakteriologisches Studium solcher Fälle. EMIL MAYER.

70) **Robert Levy. Gegen acute Tonsillitis. (For acute Tonsillitis.)** *Colorado Medical Journal. April 1900.*

Rp. Olei Creosoti gtt. VII
Tc. Myrrhae
Glycerini aa 30,0
Aq. 180,0
M. D. S. Gurgelwasser. EMIL MAYER.

71) **M. A. Goldstein. Radicalbehandlung der folliculären Tonsillitis. (The radical treatment of follicular tonsillitis.)** *Laryngoscope. April 1900.*

Die mit bestem Erfolg angewandte Methode ist folgende: Jede Crypte oder Follikel wird gründlich mit dem Tonsillenlöffel gereinigt. In jeden gereinigten Follikel wird der mit einem kleinen guajacolgetränkten Bäuschchen versehene Watteträger sorgfältig eingeführt, wobei man sich in Acht nehmen soll, das Medicament nicht auf die Oberfläche der Tonsille, sondern in die Tiefe der Crypten zu bringen.

G. bedient sich auch des Protargols (in 10proc. Lösung), der Trichloressigsäure (gesättigte wässerige Lösung) und Löffler'scher Lösung in derselben Weise mit gleich günstigem Erfolge.

Diese Applicationen sollen in 8stündigen Intervallen gemacht werden, und wenn die Fälle noch im Frühstadium der Infection stehen, bewirken zwei oder höchstens drei Applicationen die Heilung.

Folgendes Gurgelwasser vervollständigt die Localbehandlung:

Rp. Liqu. ferri chlorid. 3,75
Glycerini 30,0.
M. S. 1 Theelöffel voll auf 1 Glas Wasser. 2stündliches Gurgeln.

Neben der localen Behandlung legt G. das grösste Gewicht auf drei therapeutische Factoren: 1. eine gründliche Laxircur, am besten durch ein Salinum, z. B. Magnesium citricum; 2. eine tüchtige Schwitzcur durch Pilocarpinum hydrochloricum 0,005—0,007, mit nachfolgender Wickelung in wollene Decken im Bett; 3. Durchsättigung des Organismus mit benzoësaurem und salicylsaurem Natron. EMIL MAYER.

72) **D. H. Ironbridge. Einige Tonsillarerkrankungen. (Some diseases of the tonsils.)** *Occidental Med. Times. 1. April 1900.*

Nichts Besonderes. EMIL MAYER.

73) **H. Tudson Liper. Carbolinjectionen bei scarlatinöser Tonsillitis. (Carbolic-acid injections in scarlatinal Amygdalitis.)** *N. Y. Medical Journal. 23. Juni 1900.*

L. berichtet über erfolgreiche Anwendung der Heubner'schen Behandlungsweise. Vermittelst einer langen gebogenen Nadel werden 2—4 Tropfen einer Carbollösung (1 : 40) an 2 oder 3 verschiedenen Stellen in die Tonsillen injicirt. L. hat diese Methode sogar bei Säuglingen angewandt. LEFFERTS.

74) **Emil Mayer. Peritonsillitis. (Peritonsillitis.)** *N. Y. Medical Record. 30. December 1899.*

Die Affection kann 24 Stunden nach dem Beginn coupirt werden durch folgende Medication:

Rp. Morphini 0,06
Tinct. veratr. virid. 4,0
Aquae 126,0.

M. D. S. 1 Theelöffel voll stündlich während der ersten 3 Stunden; dann 3stündlich.

LEFFERTS.

75) **Ernest H. Cole. Ein letaler Fall von Peritonsillar- und Postpharyngeal-Abscess. (A letal case of Peritonsillar and Postpharyngeal Abscess.)** *St. Louis Courir of Med. März 1900.*

$3^1/_2$jähr. Kind; der am meisten prominirende Punkt des Abscesses wurde punctirt, aber nur 3 oder 4 Tropfen Eiter entleert; das Kind starb; keine Autopsie.

EMIL MAYER.

76) **Wulff** (Hamburg). **Ein Fall von Aneurysma der Carotis externa nach Tonsillarabscess; Heilung durch Unterbindung der Carotis communis.** *Münch. med. Wochenschr. No. 20. 1900.*

Der Fall betraf ein 8jähr. Mädchen; es ist nur nicht recht verständlich, wie eine durch Eiterung entstandene grössere Perforation einer Gefässwand sich auch nur zeitweise schliessen kann. Die Details sind im Original nachzulesen.

SCHECH.

77) **Alois Epstein** (Prag). **Ueber Tonsillitis chronica leptothricia bei Kindern.** *Abraham Jacobi-Festschrift. 1900. — Prager med. Wochenschr. No. 22. 1900.*

Verf. hat keinen einzigen Fall einer derartigen Affection beim Erwachsenen beobachtet. Die Ansicht, dass Jod-Jodkalium eine bläuliche Verfärbung verursucht, ist nicht haltbar, indem thatsächlich eine bräunliche Färbung eintritt. Die Affection ist sehr selten; Verf. hat 5 Fälle in seiner Privatpraxis beobachtet und keinen einzigen Fall in seiner Klinik. Der Grund dafür ist darin zu suchen, dass bei der Chronicität der Affection die Diagnose nur nach längerem Studium des Falles gestellt werden kann.

Im ersten Falle handelt es sich um ein 8jähriges Mädchen. Die Diagnose wurde auf Leptothrix gestellt; die Erkrankung dauerte ein Jahr und verschwand dann allmälig.

Der zweite Fall betraf den 5jährigen Bruder des erstgenannten und zog sich über $1^1/_2$ Jahre hin.

Der dritte Fall war ein 10jähriges Mädchen und dauerte fast ein Jahr.

Der vierte Fall, ein 8jähriges Mädchen, heilte nach zwei Monaten.

Der fünfte Fall, ein 7jähriger Knabe, unterliegt noch der Behandlung.

Die Differentialdiagnose stützt sich auf den chronischen Verlauf, die Hartnäckigkeit gegenüber jeglicher Behandlung, die Krankengeschichte und die mikroskopische Untersuchung. Kinder klagen viel mehr als Erwachsene beim Auftreten

dieser Leptothrixerkrankung. Schmerzhaftigkeit, Empfindlichkeit beim Schlucken und Husten gehören zu den Symptomen. Die Temperatur ist zuweilen erhöht und es besteht ein gewisser Grad von Hypertrophie der Tonsillen.

Die Behandlung ist im Grossen und Ganzen erfolglos. Verf. machte keinen Versuch, die Tonsillen zu entfernen, den Galvanokauter oder Chromsäure anzuwenden oder die befallenen Partien auszuschaben. Er befürwortet die Anwendung von 2proc. Nicotinlösung, da erfahrungsgemäss Raucher verschont bleiben. Er applicirte ferner Alkohol, Chloroformwasser, Jodtinctur. Den besten Erfolg hatte er von der Anwendung des Haller'schen Jodwassers, dreimal täglich.

EMIL MAYER.

78) **P. Hellat** u. **Ueke. Tonsillitis streptothricia.** (Protokolle d. Vereins St. Petersburger Aerzte.) *St. Petersb. med. Wochenschr. No. 44. 1900.*

Es ist bekannt, dass sehr häufig Entzündungserscheinungen und Parästhesieen des Rachens, ebenso Stimmstörungen beobachtet werden, ohne dass eine genügende Erklärung für dieselbe vorliegt. In einer grossen Anzahl solcher Fälle hat H. die Ursache in den Concrementbildungen der Mandeln nachgewiesen.

Dadurch wurde der Verdacht rege, dass die letzteren in ihrer Zusammensetzung nicht völlig den Angaben entsprechen dürften, welche von Seiten Hering's, Nägeli's, Bloch's etc. vorliegen. Die mikroskopische Untersuchung wurde, im Verein mit einem Bacteriologen, von Docent Dr. Ueke ausgeführt. Das Resultat der in 80 Fällen ausgeführten Untersuchungen war ein überraschendes.

Die Pfröpfe bestehen fast ausschliesslich aus feinen und feinsten, vielfach gewundenen Fäden, welche die Autoren für eine Streptotricheenart ansehen.

Kokken und Stäbchen, ebenso Epithelzellen dürfen nur als Beimischungen angesehen werden.

Die Pilze haben ein starkes Wachsthum; die aus der Tonsille entfernten Klumpen regeneriren sich in 1—2 Wochen.

Neben mechanischer Reizung müssen die Ausscheidungsproducte des Pilzes einen beständigen Reiz auf die umliegenden Gewebe ausüben. Darauf weist schon der penetrante Geruch hin. In dem lockeren Gewebe geht die Resorption leicht vor sich.

Die oben erwähnten klinischen Erscheinungen würden darin eine ungesuchte Erklärung finden. H. glaubt sich in Folge dessen berechtigt, eine besondere Form der Tonsillitis aus der allgemeinen Gruppe ausscheiden zu können.

Neben den Concrementen, der Schwellung und Röthung der Tonsille und ihres vorderen Kapsel ist als charakteristisch für diese Affection ihre Chronicität und der beständige Wechsel anzusehen.

Jodtinctur scheint in den meisten Fällen zu genügen, um die Pilze zu vernichten.

Die Untersuchungen werden noch fortgeführt.

P. HELLAT.

79) **Charles F. Craig. Beobachtungen über ein in der Pseudomembran auf der Tonsille vorkommendes Spirillum. (Observations on a Spirillum occurring in false Membrane on the Tonsil.)** *N. Y. Medical News. 10. März 1900.*

In der vorliegenden Arbeit beschreibt Verf. kurz ein Spirillum, das er in einer Pseudomembran der Tonsille gefunden hat.

Ein Stückchen der Membran erwies sich bei der mikroskopischen Untersuchung als zusammengesetzt aus degenerirtem Epithel und massenhaften sehr lebhaften Spirillen. Auch Kokken und Bacillen fanden sich, aber in bedeutend spärlicherer Zahl.

Diese Spirillen waren 20—35 μ lang, aber sehr dünn. Sie sahen dem Spirillum der Febris recurrens sehr ähnlich in Bezug auf Anordnung und Gestalt, und bildeten an manchen Stellen dicke verwirrte Haufen. Sie waren sehr lebhaft, ihre Bewegungen von serpentinenartigem Charakter, sehr schnell, theils vibrirend, theils rotirend. Wenn man ein mit Spirillen besetztes Gesichtsfeld betrachtete, hatte man durchaus den Eindruck eines Haufens kleiner sich bewegender Schlangen. Die ganze Membran bestand beinahe nur aus Epitheltrümmern und diesen Bacterien. Da der Gedanke nahelag, es könne sich um Spirillen handeln, wie sie Miller oder Arnt beschrieben hatten, wurden Präparate gemacht von Material, das dem Zahnfleisch und den Zahnzwischenräumen entnommen war, aber es fand sich darin kein Spirillum; es schien dasselbe lediglich auf die Membran der Tonsille beschränkt. Die Spirillen waren im Verhältniss zu ihrer Länge sehr schmal und von einer durchaus homogenen Beschaffenheit. LEFFERTS.

80) **Alexander C. Howe. Ueber einen Fall von Tonsillargangrän. (Report of a case of gangrene of the tonsil.)** *Philad. Med. Journ. 17. Mai 1900.*

Die linke Tonsille war der Sitz einer äusserst virulenten Gangrän, welcher endlich Einhalt gethan werden konnte durch Behandlung mit Salpetersäure, Wasserstoffsuperoxyd, und möglichst weitgehender Abtragung von nekrotischem Gewebe, bis die Tonsillenregion wieder völlig frei war.

Drei Monate später stellte sich in einer Attake von Rhinitis ein Nasenbluten ein, welches nur durch intranasale Tamponade gestillt werden konnte. Die Hämorrhagie wiederholte sich bei jedem Versuch, die Tampons zu entfernen, so dass dieselben immer wieder eingelegt werden mussten. Einige Tage darnach trat ein faulig riechender Ausfluss aus der Nase auf von ähnlichem Geruch, wie er bei der voraufgehenden Erkrankung der Tonsille bemerkt worden war. Multiple Abscesse und oberflächliche Capillarblutungen stellten sich ein und es erfolgte der Tod unter den Erscheinungen einer allgemeinen Septicopyämie.

EMIL MAYER.

81) **J. Payson Clark. Papillomatöse Geschwulst der Tonsille. (Papillomatous growth of the Tonsil.)** *Laryngoscope. Februar 1900.*

Beim Herabdrücken der Zunge wurde eine warzige Geschwulst sichtbar, die die Gegend der rechten Tonsille einnahm und die Uvula nach links verdrängte. Nach voraufgehender Anästhesirung in sitzender Stellung wurde die Geschwulst

mit der kalten Schlinge entfernt. Sie war 2,4 cm lang, 1,2 cm breit, 1 cm dick, bestand aus lymphadenoidem Gewebe und zelligem Bindegewebe, und war mit Schleimhaut überkleidet.

EMIL MAYER.

82) **Moses. Fall von Sarcom der Tonsille.** *Münchener med. Wochenschrift. No. 13. 1900.*

Vorstellung eines Falles auf der Versammlung westdeutscher Hals- und Ohrenärzte. Der Tumor des 27 jährigen Mannes reagirte anfangs auf Jodkali, später, als er wieder gewachsen war, auf Arsenik und schliesslich gar nicht mehr.

SCHECH.

83) **C. R. Porter. Sarcom der Tonsille. (Sarcoma of Tonsil.)** *Boston Med. and Surgical Journ. 23. März 1900.*

45 jähriger Mann wird ins Spital aufgenommen. Die Untersuchung ergiebt eine blassrothe, fleischige Geschwulst, die auf der linken Seite hinter der Zunge hervorkommt und den Rachen verlegt. Der Hals ist zu beiden Seiten geschwollen; beide Submaxillardrüsen sind vergrössert und beweglich. Pat. ist blass und pastös, aber nicht abgemagert. Die Untersuchung eines Geschwulststückchens ergiebt Lymphosarkom. Tracheotomie unter Cocain-Anästhesie.

Operation: Aethernarkose durch die Tracheotomiecanüle. Incision am unteren Rand des linken Unterkieferastes entlang, und Präparation des Digastricusdreiecks. Verdrängung der Submaxillardrüse nach unten. Die Tonsillargeschwulst wird dann ausgeschält, während ein Finger in den Mund eingelegt ist. Sehr geringe Blutung. Die Submaxillardrüse wird wieder an ihrem Platz fixirt und die Wunde genäht unter Belassung eines Draindochtes.

5 Tage nach der Operation entwickelte sich eine Facialislähmung. Entfernung der Tracheotomiecanüle eine Woche nach der Operation. 12 Tage nach derselben Beginn mit der Coley'schen Behandlung. Langsamer ungestörter Heilungsverlauf.

EMIL MAYER.

84) **John M. Ingersoll. Primäres Epitheliom der Tonsille. (Primary epithelioma of the tonsil.)** *Cleveland Journal of Med. April 1900.*

Die Tonsille war bedeckt von einer ziemlich festen, unregelmässigen fungoiden Masse, die etwa 2 cm über den vorderen Gaumenbogen vorragte. Die ganze Oberfläche zeigte unebene blumenkohlartige Beschaffenheit und schleimig-eitrigen Belag. Die Geschwulstmasse erstreckte sich nach oben bis zum weichen Gaumen und griff auf den vorderen und hinteren Gaumenbogen über; den vorderen Gaumenbogen begleitete sie nach abwärts bis zur Zunge. Hinten dehnte sie sich am hinteren Gaumenbogen entlang nach abwärts bis zu seinem Ansatz an der Pharynxwand aus, welche selbst nicht mehr betheiligt war. Das umgebende Gewebe war entzündlich infiltrirt; die rechtsseitigen Lymphdrüsen am Unterkieferwinkel waren in Mitleidenschaft gezogen. Nach dem makroskopischen Aussehen wurde die Diagnose auf malignen Tumor gestellt; ein Stück wurde excidirt und Dr. Perkins zur mikroskopischen Untersuchung überwiesen, welcher es für typisches Epitheliom erklärte.

EMIL MAYER.

85) **Edward J. Parker. Bemerkungen über die beste Operationsmethode zur Entfernung der Tonsillen und adenoiden Vegetationen des Pharynxgewölbes. (Remarks on the best operation for the removal of the faucial Tonsils and adenoid vegetations from the voult of the Pharynx.)** *The Carolina Medical Journal. Februar 1900.*

P. benutzt Mackenzie's Tonsillotom für erstere und die modificirte Gottstein'sche Curette für letztere Operation. Wo Hämorrhagieen befürchtet werden, ist eine 4 proc. Lösung von Antipyrin und Cocain durch die Nase anzuwenden oder in die Tonsillen zu injiciren. EMIL MAYER.

86) **Geo B. Hope. Ein Fall von primärer Hämorrhagie nach Tonsillotomie. (An instance of primary haemorrhage following amygdalotomy.)** *N. Y. Med. Journal. 3. März 1900.*

Unmittelbar nach der Tonsillotomie mit dem Mackenzie'schen Instrument erwachte der Patient aus der Narkose. Die Blutung, die schon in den ersten Augenblicken ausserordentlich heftig war, ging in eine Hämorrhagie über, die zwar zuweilen etwas nachliess, aber länger als drei Stunden dauerte. Im Halse bildeten sich grosse Coagula, zu deren Entfernung die Zange nothwendig war, und zeitweilig wurde Pat. fast erstickt durch das in den Larynx hinunterfliessende Blut. Die gewöhnlichen Hämostatika, wie örtliche Kälteanwendung, Cocain, Antipyrinlösungen, Wasserstoffsuperoxyd, waren gänzlich wirkungslos, und nur durch nachdrückliche Anwendung des Thermokauters wurde der Blutung schliesslich Einhalt gethan, als der Pat. schon hochgradig anämisch war. Während der kurzen Augenblicke, die eine Untersuchung ermöglichten, konnte man sehen, dass die Blutung ihren Ausgang von einem Arterienast rechterseits an dem vorderen Abschnitt der Fläche nahm. Die Tonsille war so radical abgetragen worden, dass der Stumpf ausser bei der Contraction der Fauces durch die Gaumenbögen völlig verborgen wurde. LEFFERTS.

87) **L. Harmer. Untersuchungen über den Tonsillotomiebelag und seine etwaigen Beziehungen zum Diphtheriebacillus.** (Aus der k. k. Universitäts-Klinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten [Prof. Chiari] und dem patholog.-anatom. Institut.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 38. 1900.*

Nach jeder Tonsillotomie entwickelt sich längstens in 24 Stunden an der Wundstelle ein Belag, der aus Fibrin, Leukocyten und nekrotischen Partien der Wundfläche besteht und zahlreiche Bacterien verschiedenster Form, vorherrschend Kokken aufweist. — Der Diphtheriebacillus ist in der Regel auch als zufälliger Befund in dem Belage nicht nachweisbar, jedenfalls kann er nicht als Ursache des Belages angesehen werden. Häufig findet sich jedoch in dem Belage ein Bacillus, welcher zur Gruppe der Pseudodiphtheriebacillen gerechnet werden muss.

CHIARI.

88) **Klein. Einige kleine Veränderungen an Mackenzie's Tonsillotom.** *Monatsschrift f. Ohrenheilk. etc. No. 5. 1900.*

K. versah das Mackenzie'sche Instrument mit einem winkelrechten gewichtigen Handgriff, mit einem kurzen Spaten ohne scharfe schneidende Kanten

auf den Seiten, mit einer gleichmässig schwachgewölbten Feder und mit einem Zapfen in der Feder. Abbildung ist im Original nachzusehen. SCHECH.

d. Diphtheritis und Croup.

89) **F. F. Westbrook. Varietäten des Diphtheriebacillus. (Varieties of the Diphtheria Bacillus.)** *N. Y. med. News. 12. Mai 1900.*

Verf. sagt, dass die grosse Variabilität des Diphtheriebacillus eine definitive Klassification verlangt. Die alte Eintheilung in typische und atypische Diphtheriebacillen ist nicht länger brauchbar. Es müssen 3 grosse Familien angenommen werden. In der ersten enthalten die Bacillen färbbare Granula. Gewöhnlich befinden sich dieselben an den Polen, während die Färbung des Zwischenstücks an Intensität variirt. Gewisse Zweigformen der Diphtheriebacillen scheinen zu dieser Gruppe zu gehören. Die zweite Gruppe Bacillen besteht in gitterartigen Formen. In diesen scheint es, als ob Querschnitte aus den Bacillen entnommen wären. Zuweilen sind auch die Zwischenstücke deutlich gefärbt, aber viel lichter blau, als die andern Partien. Der Sitz der hellen Stellen in den Bacillen ist sehr verschieden. Das verursacht ebenfalls Abweichungen vom Typus. Die dritte Gruppe besteht in ganz gefärbten Formen, wo der ganze Bacillus die Farbe ziemlich gleichmässig annimmt. Unter diese Gruppe fallen die Diplobacillen, welche früher wohl als Pseudobacillen classificirt wurden. Jede Probe aus einem Halse kann mehrere dieser Gruppen enthalten, obwohl oft eine von ihnen vorherrscht oder ausschliesslich existirt. Der Uebergang von einer Gruppe in die andere kann bei Kranken beobachtet werden, ist aber nicht typisch für den Gang der Erkrankung und besagt nichts zur Prognose des Falles. LEFFERTS.

90) **U. Lambotte. Untersuchungen über diphtheritische und pseudodipheritische Bacillen beim Menschen und Thier. (Recherches sur les Bacilles Diphthéritiques et Pseudodiphthéritiques de l'Homme et des Animaux.)** *Memoires Couronnées: Acad. Roy. de Méd. de Belgique. Tom XV. 5. fasc. 1900.*

Zahlreiche Versuche der verschiedensten Art haben den Verf. zur Ueberzeugung gebracht, dass es zur Zeit noch nicht möglich ist, die sogenannte Agglutinationsreaction zur Diagnose des Diphtheriebacillus zu verwerthen, eventuell, um denselben von anderen Mikroben zu isoliren. Das Factum, dass man bei all' diesen diphtheritischen und pseudodiphtheritischen Mikroben nicht den geringsten Unterschied in ihrem Verhalten bezüglich der Serumagglutinationsreaction beobachtet, bildet für sie eine neue Eigenthümlichkeit.

Was nun die Frage anbelangt, ob die pseudomembranöse Affection mit Bacillen von diphtheritischem Typus, welche der Verf. bei Hühnern beobachtet, identisch mit der menschlichen Diphtheritis sei, so sei dies sehr schwer zu beurtheilen.

Wenn man annehme, dass gewisse Affectionen der Hühner wirklich einer Varietät des Diphtheriebacillus angehören, einer wenig virulenten Varietät, die

jedoch fähig ist, unter gewissen Umständen, die uns noch entgehen, die Kinderdiphtheritis hervorzubringen, so beruhen die unzähligen (!) bisher veröffentlichten Beobachtungen der Autoren, welche das Factum der Contagiosität der Vogeldiphtheritis für den Menschen vorbringen, wenigstens zum Theil auf wirklich wissenschaftlicher Basis.

BAYER.

91) **Georges Dreyer** (Kopenhagen). **Experimentelle Untersuchungen über die Toxine des Diphtheriegiftes. (Experimentelle Undersögelser over Difterigiftens Toxoner.)** Habilitationsschrift. Kopenhagen 1900. 82 S. Mit einer Planche.

Die Arbeit ist rein experimentell-bakteriologisch; sie würde in Form eines Referates den Leser des Centralblattes kaum interessiren, muss vielmehr in toto gelesen werden.

SCHMIEGELOW.

92) **W. H. Park. Der Diphtheriebacillus im Rachen von Gesunden. (Diphtheria Bacillus in healthy Throats.)** *N. Y. Med. News. 12. Mai 1900.*

Zweifellos kommen echte Diphtheriebacillen im Halse von Gesunden vor und halten sich daselbst längere Zeit hindurch. Diese Bacillen sind virulent, aber der Patient ist im Moment nicht für die Infection empfänglich. Oft besteht in solchen Fällen eine leichte Injection des Rachens, die anzeigt, dass die oberflächliche Gewebsschicht durch die Anwesenheit der Diphtheriebacillen in einen Reizzustand versetzt wird. Gerade diese allerleichtesten Fälle sind bedeutsam für die öffentliche Gesundheit; sie stellen ein wichtiges Problem dar, das noch seiner Lösung harrt. Unzweifelhaft nämlich dienen diese Fälle dazu, die Krankheit zu verbreiten. Sie bieten freilich so wenig Symptome dar, — ja manchmal überhaupt keine — dass es ziemlich hart erscheint, den Betroffenen zu verbieten, ihren Geschäften nachzugehen. Doch liegt ein solches Verbot im Interesse der Allgemeinheit und sollte daher aufrecht erhalten werden.

LEFFERTS.

93) **Redact. Notiz. Ansteckung bei Diphtherie. (The Contagion of Diphtheria.)** *Journ. americ. Med. Assoc. 12. Mai 1900.*

In Mansfield (Ohio) traten einige Fälle von maligner Diphtherie auf. Der Medicinalbeamte veranlasste eine Untersuchung. Bei einer kranken Katze, mit welcher die Kinder gespielt hatten, fanden sich Diphtheriekeime im Rachen.

EMIL MAYER.

94) **Froin. Pericarditis bei Croup. (Pericardite dans le croup.)** *Société de Pédiatrie. 10. April 1900.*

Ein Fall von diphtheritischer Laryngitis mit Intubation, complicirt mit Abscess am Halse und des Mediastinums sowie eitriger Pericarditis.

Der Eiter enthielt Streptokokken, Staphylokokken und anaerobe Bacillen analog dem Bacillus fusiformis von Vincent.

EMIL MAYER.

95) **L. C. Grosh. Die Prophylaxe der Diphtherie. (The prevention of Diphtheria.)** *Annals of Gynecology and Pediatry. Mai 1900.*

Jeder Fall sollte gewissenhaft den Behörden angezeigt und eine wirksame Quarantaine eingehalten werden, bis zwei Züchtungsversuche auf Klebs-Löffler-

bacillus negativ ausgefallen sind. Der Ansteckung exponirte Kinder sollen vom Schulbesuch und der Berührung mit anderen Kindern abgehalten werden. Milch ist eine Quelle und Ueberträgerin der Infection.

EMIL MAYER.

96) **Redact. Notiz. Ueber die zweckmässige Dosirung des Antitoxins bei Diphtherie. (The proper dosage of Antitoxin in Diphtheria.)** *Therap. Gaz. 15. Mai 1900.*

Es wird die Anwendung einer grossen Dosis von 1000, 2000 oder 3000 Einheiten im Beginne der Behandlung empfohlen, darauf 300—500 Einheiten alle 4—5 Stunden während 24 Stunden, um den Einfluss der ersten grossen Injection aufrecht zu erhalten.

EMIL MAYER.

97) **W. H. Park. Die Anwendung der Globuline des antitoxischen Blutserums anstatt des gesammten Serums bei Diphtheritis. (The use of the Diphtheria antitoxic globuline of the blood serum instead of the entire serum in Diphtheria.)** *Abraham Jacobi-Festschrift. 1900.*

Das antitoxinhaltige Globulin wurde erhalten durch Sättigung des Serums mit Magnesiasulfat und Abfiltriren des Niederschlages; dieser wird in genau beschriebener Weise gewaschen und das endgültige Filtrat enthält dann in jedem Cubikmeter doppelt so viel Einheiten als das Originalserum. Es wurde aber mit gleichen Theilen Wasser verdünnt, da es sonst zu stark reizte.

Im Ganzen sind die erhaltenen Resultate noch sehr unsicher. Das antitoxische Globulin enthält offenbar wenigstens den grösseren Theil aller derjenigen Substanzen, welche die mehr weniger schädliche Wirkungen des Blutserums verursachen; auch ist es nicht wahrscheinlich, dass man die eigentliche antitoxische Substanz vom Globulin trennen kann. Daher ist die Aussicht, eine Substanz zu besitzen, welche zugleich bei Diphtherie specifisch neutralisirt und dabei völlig harmlos wäre, zur Zeit noch nicht sehr erheblich. Immerhin scheint es einen gewissen practischen Vortheil zu bedeuten, dass wir eine lösliche, haltbare und trockene Antitoxinsubstanz besitzen, die nicht so schnell verdirbt.

EMIL MAYER.

98) **T. H. Musser. Ueber die Anwendung des Antitoxins bei Diphtherie mit specieller Berücksichtigung kleiner Dosen. (On the use of antitoxin in Diphtheria with special reference to small doses.)** *N. Y. Medical Record. 7. April 1900.*

M. wendet bei Kindern von 6—8 Jahren eine Anfangsdosis von 5000 Einheiten an, die wiederholt werden soll in Intervallen von 6 Stunden, wenn das Fieber nicht fällt, wenn die Kräfte des Patienten sich nicht heben, oder die localen Affectionen sich ausbreiten. Bei Kindern über 8 Jahren werden 1000 Einheiten als Anfangsdosis gegeben und, wenn nöthig, in Zwischenräumen von 8 bis 12 Stunden wiederholt.

LEFFERTS.

99) **Zollikofer** (Bern). **Verlauf der Diphtherie bei Serumanwendung.** *Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte. No. 18. 1900.*

Material der Berner med. Klinik von 338 zwischen Januar 1897 und März 1900 behandelten Kinder. Statistische Arbeit. Schlüsse: Das Fehlen von Albu-

minurie qualificirt den Fall als leicht in dem Sinne, dass weder septische Processe, noch Lähmungen, noch Herzcollaps zu fürchten sind. Die Serumtherapie beugt diesen schweren Symptomen vor, vorausgesetzt, dass sie innerhalb der ersten 2mal 24 Stunden erfolgt ist. Vom 5. Tag an tritt ihre Bedeutung gegenüber der „activen Immunisirung“ zurück. Neben dem Serum ist die antiseptische Localbehandlung stets angezeigt. JONQUIÈRE.

100) **Joseph Mullen. Die antitoxische und chirurgische Behandlung der diphtheritischen Laryngitis. (The antitoxic and surgical treatment of Diphtheric Laryngitis.)** *Therap. Gaz. 15. April 1900.*

Seitdem Verf. das Antitoxin in seiner Praxis eingeführt hat, ist die Zahl seiner Tracheotomien beträchtlich gesunken und die der Intubationen erheblich gewachsen. Er befürwortet grössere Dosen von Antitoxin, dessen unerwünschte Nebenwirkungen seiner Ansicht nach übertrieben worden sind. Er wendet keine anderen localen Medicationen als medicamentöse Inhalationen an. Auch Alkohol und Strychnin werden verabfolgt. In Tracheotomiefällen bevorzugt er die tiefe Operation. EMIL MAYER.

101) **Manowski. Ueber chirurgische Behandlung der croupösen und diphtheritischen Stenosen des Kehlkopfes. (O chirurg. letschenii kruposnich i difteritltsch susheni gortani.)** *Letopis chir. 2. B. 1900.*

Bericht über 51 Tracheotomien mit 19pCt. Sterblichkeit. P. HELLAT.

102) **Hennebert. Heilung eines Falles von genuinem Croup durch Tracheotomie in extremis. (Un cas de croup d'emblée guérie après trachéotomie faite in extremis.)** *La Clinique. No. 2 et 13. 1900.*

In der Sitzung des „Cercle Médical“ von Brüssel, am 5. Januar 1900, berichtet H. über einen Fall genuinen Croups bei einer 29jährigen Person, welche durch die Tracheotomie in extremis gerettet wurde. BAYER.

103) **J. W. West. Intubation des Larynx. (Intubation of the Larynx.)** *N. Y. Med. News. 19. Mai 1900.*

In einer Reihe von 75 Fällen von Larynxstenose, bei welchen W. die Intubation des Kehlkopfs machte, hatte er eine Mortalität von $43^1/_3$ pCt., indem 34 von 75 Fällen starben. Das Alter der Fälle bewegte sich zwischen 4 Monaten und 62 Jahren. W. stellt die Zahl der auf die verschiedenen Lebensalter entfallenden Fälle und der Mortalität derselben in einer Tabelle zusammen. Von 5 Fällen unter 2 Jahren genasen 3. Von 13 Fällen im Alter von 7 Jahren genasen nur 5; aber von den 8, die starben, starb einer an organischer Herzerkrankung und 2 an schwerer diphtheritischer Intoxication. In den beiden letzten Fällen wurde die Intubation einfach zur Erleichterung der Dyspnoe während der wenigen noch übrigen Stunden des Lebens vorgenommen. LEFFERTS.

c. Kehlkopf und Luftröhre.

104) **Ricard. Ueber eine forcirte Larynxuntersuchung bei dem Kinde. (De l'examen forcé du larynx chez l'enfant.)** *Thèse de Toulouse. 1899.*

Nach einer Besprechung der Schwierigkeiten, welche die Laryngoscopie beim Kinde macht und Beschreibung der verschiedenen angewandten Verfahren schildert R. einen zu diesem Zweck von Escat (Toulouse) ersonnenen Apparat.

PAUL RAUGÉ.

105) **Ashby** and **Wright. Catarrhalische Laryngitis. (Catarrhal Laryngitis.)** *N. Y. Med. Record. 2. Juni 1900.*

Rp. Ammon. et Kalii tartar. 0,003,
Liq. ammon. cit. (Br.) 0,6,
Elix. aromat. 0,3,
Aquae q. s. ad 3,75.
MS. 4stündl. für ein Kind von 2—3 Jahren.

LEFFERTS.

106) **E. Ziffer** (Gleichenberg). **Beiträge zur Diagnose und Therapie des chronischen Kehlkopfcatarrhs.** *Wiener med. Wochenschr. No. 28. 1900.*

Für den Specialisten nichts Bemerkenswerthes.

CHIARI.

107) **Müller** (Uchtspringe). **Acutes Glottisödem mit tödtlichem Verlauf.** *Münch. med. Wochenschr. No. 1. 1900.*

Bei der Section fand sich bei einer 14jährigen Schwachsinnigen ein wallnussgrosser, jauchiger Retrotonsillarabscess, Phlegmone des Zungenbodens, Oedem der Uvula, Epiglottis und l. aryepigl. Falte, Hämorrhagien an den serösen Uebergängen der Brusthöhle, Infectionsmilz. Dass eine einen Tag vor der Erkrankung vorgenommene Zahnextraction als directe Ursache anzusehen war, ist höchst wahrscheinlich.

SCHECH.

108) **Oppenheim. Einige interessante Fälle aus der laryngologischen Praxis. (Kilka ciekawych przypadków z praktyki laryngologicznej.)** *Gazeta lekarska. No. 31. 1900.*

Es werden beschrieben:

1. Ein Fall von Soor des Larynx bei einer 26jähr. Frau.

2. Ein primärer Lupus laryngis bei einem 28jähr. Manne.

3. Aechtes Kehlkopfödem bei einem 3jähr. Kinde, verursacht durch Verbrennen mit heissem Kaffee.

4. Syphilis laryngis bei einer 23jähr. Frau, die seit 3 Monaten an Heiserkeit litt; dabei wurde vom Verf. eine kleine Geschwulst in der Grösse eines Pfefferkörnchens von rother Farbe auf dem mittleren Theil des rechten wahren Stimmbandes gefunden. Nach einer specifischen Behandlung verschwand diese gänzlich. Verf. glaubt, dass es sich um ein Granuloma syphiliticum gehandelt hat.

A. v. SOKOLOWSKI.

109) **Leichtenstern. Ueber Kehlkopferkrankungen im Verlaufe des Diabetes (Laryngitis diabetica).** *Münch. med. Wochenschr. No. 16. 1900. — N. Y. Med. News. 12. Mai 1900.*

L. betont die Nothwendigkeit allgemeiner medicinischer Bildung der Kehlkopfärzte und genauer Berücksichtigung aller Verhältnisse. Häufig führt der Diabetes zu eigenthümlichen Erscheinungen in Rachen und Kehlkopf, so z. B. zu rascher Austrocknung beim Sprechen, anhaltender Trockenheit, Versiegen der Stimme und eintretender Heiserkeit, deren wahrer Grund nur durch Untersuchung des Halses eruirt werden könne. Die Siccitas laryngis oder Laryngoxerosis, wie L. den Zustand nennt, besteht in einer Hypersecretion und dadurch bedingter Trockenheit, entzündliche Erscheinungen fehlen jedoch. Im Pharynx kann es jedoch auch zu Entzündung kommen. Eine Proportionalität zwischen Intensität des Diabetes an Zucker- und Wasserausscheidung besteht bei der Laryngopharyngokerosis nicht, auch leiden nicht alle Diabetiker an derselben; die Ursache ist vielmehr nervös-secretorischer Natur, da sowohl die Secretion des Speichels, als der Gland. muciparae des Kehlkopfs und Rachens unter dem Einfluss des Centralnervensystems, speciell der Centren der Medulla oblongata stehen. Eine äusserst seltene Erscheinung ist die Entzündung des Kehlkopfs mit Ausgang in Abscessbildung: die Furunculosis laryngis diabetica, wofür ein Fall von multipler Abscessbildung mitgetheilt wird. Möglicher Weise handelt es sich um die Einwirkung pathologischer Stoffwechselproducte, resp. um ein chemisches Gift, das die der Furunculose der Haut ganz entsprechende Larynxaffection erzeugt.

SCHECH.

110) **Parmentier. Secundäre Kehlkopfentzündungen bei acuten Affectionen. (Laryngites secondaires dans les affections aigues.)** *Le Progrès Méd. Belge. No. 14. 1900.*

P. beschreibt in Kürze die hauptsächlichsten semiologischen und laryngoscopischen Kennzeichen der Kehlkopfentzündungen bei acuten Infectionskrankheiten, wie Masern, Pocken, Influenza, Scharlach, Typhus, Herpes, Keuchhusten, sowie bei der Syphilis und dem acuten Gelenkrheumatismus, wie sie von den Autoren geschildert werden.

BAYER.

111) **John R. Espey. Secundäres Larynxödem. (Consecutive Oedema of the Larynx.)** *Colorado Medical Journal. Juni 1900.*

Im Anschluss an eine folliculäre Angina trat bei einem jungen kräftigen Mann eine Lymphangitis der rechtsseitigen Cervicaldrüsen auf. 5 Tage später starb er in einem plötzlichen Erstickungsanfall. Die Section wurde nicht gemacht, aber E. ist überzeugt, dass der Tod durch ein plötzliches Oedem verursacht war.

EMIL MAYER.

112) **Alexander Lambert. Ein Fall von membranöser Laryngitis als Complication von Typhus. (A case of membranous Laryngitis complicating typhoid fever.)** *N. Y. Medical Record. 14. April 1900.*

Gegen Ende der dritten Woche trat ein entschiedener Temperaturabfall ein und Patient zeigte augenscheinliche Besserung. Gleichzeitig verschlimmerte sich

die Laryngitis. Die Fauces waren geröthet und im Pharynx etablirte sich linkerseits ein geringer grauweisser Belag. Im Laufe von 3 Tagen entwickelte sich vollständige Aphonie. Ein acuter Erstickungsanfall machte endlich die Tracheotomie erforderlich, welche grosse Erleichterung brachte. Um Mitternacht jedoch starb Pat. plötzlich im Herzcollaps. Bei der Autopsie fand sich eine dicke Membran, die sich von der Epiglottis in den Larynx herunter erstreckte, und im linksseitigen Sulcus bestand eine Abscesshöhle.

Bei Durchsicht der Literatur fand Verf., dass Keen die meisten derartigen Fälle zusammengestellt hat und dass dieselben sich meist im Stadium der Reconvalescenz entwickelten. Oft war das erste Symptom Aphonie oder Erstickungsnoth. Häufig trat der Tod plötzlich ein. In zwei von den berichteten Fällen trat Heilung ohne, in zwei mit Tracheotomie ein. Die gangränösen Partien erstreckten sich von der Epiglottis nach unten bis $2^1/_2$ Zoll in die Trachea.

LEFFERTS.

113) **M. H. Fussell. Perichondritis des Larynx bei Typhus. (Perichondritis of the Larynx in Typhoid.)** *N. Y. Med. News. 12. Mai 1900. N. Y. Med. Record. 19. Mai 1900.*

Diese Complication ist sehr selten und kommt nur bei etwa über 1 pCt. der Fälle vor. F. sah zwei Fälle, von denen einer unglücklich verlief. Die Erkrankung begann am 5. Tage, nachdem die Temperatur wieder normal geworden war. Es entwickelten sich Stenosensymptome und äusserlich Schwellung und Weichheit des Larynx. Die Athmung wurde so schwer, dass F. Tracheotomie vorschlug, die von den Verwandten jedoch abgelehnt wurde.

Im zweiten Fall handelte es sich um einen Typhusreconvalescenten, bei dem 13 Tage nach der Entfieberung ein Schüttelfrost auftrat. Derselbe schien verursacht durch einen Abscess am Arm, weil das Fieber sofort nach der Eröffnung desselben verschwand. Um diese Zeit fiel ein gewisser Stridor bei der Athmung auf, wenn Pat. erregt war und lautes Athmen im Schlafe. Es entwickelten sich Symptome von Larynxstenose, die Tracheotomie wurde ausgeführt und eine Canüle eingelegt. Zwei Tage danach brach der Abscess auf und es war klar, dass sich die Eiteransammlung niemals von selbst ohne Lebensgefahr für den Patienten hätte entleeren können, wenn derselbe nicht die Canüle gehabt hätte. Später stiessen sich die necrotischen Arytaenoidknorpel ab und es entwickelte sich eine vollständige Ankylose der Cricoarytaenoidverbindung und der Stimmbänder (? Red.). Die Canüle blieb 5 Monate liegen, wurde dann eine Weile fortgelassen, nachher aber wieder eingelegt.

LEFFERTS.

114) **Lorenzo B. Lockard. Die Larynxerscheinungen bei Typhus. (The laryngeal manifestations of typhoid fever.)** *N. Y. med. journ. 30. Juni 1900.*

Obwohl die Bedeutung des Typhus vom pathologischen, ätiologischen und therapeutischen Stanpunkt aus längst erkannt und wissenschaftlich bearbeitet worden ist, sind doch die specifischen Erscheinungen dieser Erkrankung an den oberen Luftwegen sehr vernachlässigt worden (? Red.). Verf. versucht das Interesse dafür zu wecken, soweit es in seinen Kräften steht, durch eine wirklich umfassende resumirende Darstellung der Frage nach dem heutigen Stand der Literatur unter

specieller Berücksichtigung der Arbeit von Landgraf in Heymann's Handbuch der Laryngologie und Rhinologie.

LEFFERTS.

115) **Bernheim** (Paris). **Ueber primäre Kehlkopftuberculose. (Tuberculose primitive du larynx.)** *Rev. méd. suisse romande. 1900.*

Die viel umstrittene Frage, ob es absolut primäre Kehlkopftuberculose gebe, ist practisch fast unbeantwortbar, da nur durch seltensten Zufall bei intercurrentem Todesfall eine primäre Kehlkopftuberculose zur Autopsie gelangen wird. So lange es unmöglich sein wird, jeden Fall von corticaler Lungentuberculose zu diagnosticiren, kann man nur theoretisch, aber mit grosser Wahrscheinlichkeit annehmen, dass es primäre Fälle derselben gebe. Warum denn nicht? Viele Gründe sprechen für die Möglichkeit, keine gegen die Wahrscheinlichkeit. Die urprimären Herde sind ja doch, abgesehen von directer Infection, die Lymphdrüsenreceptakel. Schön und günstig für den Kranken ist es jedenfalls, wenn man seine Kehlkopftuberculose so früh erkennt, dass sie als primär erscheint. Nehmen wir also an, die 29 primären Fälle, welche Verf. beobachtet hat, seien alle wirklich solche gewesen.

Er theilt dieselben ein:

I. 1. In solche mit vorwiegender Infiltration, charakterisirt durch Oedem der aryepiglottischen Gegend oder der letzteren allein;

2. in Fälle sclerotisch proliferirenden Charakters (sclero-végétant), d. h. sog. interarytänoider Pachydermie.

II. In exceptionelle Formen:

a) papillomatöse Laryngitis nach Gouguenheim;

b) tuberculöse Tumoren, pseudopolypöse Form nach Avellis;

c) Lupus laryngis.

Die Mehrzahl der Fälle kam nach der gewöhnlichen Localbehandlung mit Carbolsäure etc. und den nöthigsten chirurgischen Eingriffen durch die darauffolgenden klimatischen Curen auf gute Wege oder ganz zur Heilung.

Die Besprechung der chirurgischen und der medicamentösen Behandlung beweist gesunde Anschauungen und Verf. verwahrt sich dagegen, alle Methoden zu besprechen.

Die chirurgische Encheirese will er nur auf umschriebene Processe beschränken, directe Exstirpationen auf die Vegetationen und Polypen; die Curette nicht palliativ gegen Dyspnoë und Dysphagie, sondern bei pachydermischen Wucherungen und oberflächlichen Geschwüren. Die Lövi'schen oder Geronzi'schen Kathetercuretten oder Curettenkatheter, die Elektrolyse und die submucösen Injectionen führt er nicht an.

Für die medicamentöse Behandlung bringt er die bekannten Anwendungen. Die Carbolsäure zieht er der Milchsäure vor. Sehr stark betont er, dass Localbehandlung nutzlos sei, wenn der Körper nicht durch Allgemeinbehandlung gegen den Bacillus resistenter gemacht werde, wozu das Bremer'sche Triumvirat Luft, Ruhe und Ernährung unerlässlich sei.

JONQUIÈRE.

116) **H. Lorenz. Ueber die Aufnahme von Kehlkopftuberculösen in Lungenheilanstalten.** *St. Petersb. med. Wochenschr. No. 50. 1899.*

L. befürwortet warm die Behandlung der Kehlkopftuberculösen in den Heilanstalten. Dabei vertritt er die (nach des Ref. Anschauung) durchaus richtige Ansicht, dass der Süden, die Riviera und Madeira nicht ausgeschlossen, keinen Vorzug vor dem Norden hat.

Von den 21 Kehlkopftuberculösen, die in Halila (Sanatorium in Finnland) behandelt wurden, wurden 6 geheilt, 8 gebessert; 5 sind an Lungenphthise gestorben, einer hat die Anstalt verlassen, einer ist noch in Behandlung. Die hauptsächlichsten Mittel zur Behandlung waren Menthol und Parachlorphenol.

P. HELLAT.

117) **J. Sendziak. Die Frage der Heilbarkeit und die Behandlung der Kehlkopftuberculose. (Leczenie grwzlicy krtani.)** *Kronika lekarska. No. 23. 1900.*

Die Arbeit stellt ein Referat dar, welches Verf. in der Versammlung der polnischen Aerzte und Naturtorscher im Juli 1900 in Krakau vorgetragen hat. Es wird vom jetzigen Standpunkte dieser Frage aus kritisch die medicamentöse und die locale Therapie des bezüglichen Leidens genau besprochen und die Indicationen für dieselbe Behandlung werden genau präcisirt. Verf. schliesst seine Arbeit mit dem Satze, dass, wenn auch die Therapie der Kehlkopftuberculose in den letzten Zeiten grosse Fortschritte gemacht hat, doch dauernde Heilungen zu den grössten Seltenheiten gehören, desto mehr, da die Ausheilung der Larynxtuberculose noch nicht identisch mit der Heilung der Lungentuberculose ist, da die meisten ausgeheilten Larynxtuberculosen doch schliesslich nach kurzer oder längerer Zeit an Lungentuberculose sterben. So lange also kein sicheres Mittel zur Ausheilung der Lungentuberculose gefunden wird, so lange kann nicht von einer radicalen Heilung der Kehlkopftuberculose die Rede sein.

A. SOKOLOWSKI.

118) **S. v. Stein. Phenosalyl bei tuberculöser Laryngitis und den Erkrankungen des Ohres, der Nase und des Rachens. (Fenosalil pri tuberculosum laringite, sabolewanijach ucha, nosa n gorla.)** *Sep.-Abdr. aus Med. Obosrenie. 1900.*

Die Erfolge, welche v. Stein mit dem erwähnten Mittel erzielt hat, sind recht verlockend: tuberculöse Ulcera, Infiltrate und Schwellungen des Larynx schwanden nach einigen Pinselungen, Dysphagie zuweilen schon nach einmaliger Anwendung. Die Stimme besserte sich.

Der acute Schnupfen wird coupirt, chronischer Schnupfen fast stets vollständig geheilt. Bei atrophischer Rhinitis erscheint wieder Secret, Empyeme der Nebenhöhlen hörten auf zu secerniren, acute Pharyngitiden werden coupirt. Das alles wird mit einer 3—5procentigen Lösung des Mittels in Glycerin erzielt (!).

Leider muss man annehmen, dass der Enthusiasmus auch für dieses Tuberculosemittel nicht anhaltend sein wird.

P. HELLAT.

119) **Fasano** (Neapel). **Zur Therapie der Larynxtuberculose.** (Vortrag auf dem Tuberculose-Congress in Neapel.) *Klin. therap. Wochenschr. No. 23. 1900.*

F. empfiehlt das guajacolsulfosaure Kalium — Thiocol — nach folgendem Recept als Pulver auf tuberculöse Geschwüre zu stäuben:

Rp. Thiocol 0,10—0,15
Cocaini mur. 0,40
Acid. boric. 1,0.

Auch innerlich genommen bewährte sich Th. in kleinen Dosen recht gut.

Seine Versuche lehren angeblich, dass Thiocol ein Specificum gegen Tuberlose sein soll.

CHIARI.

120) **V. Grazzi. Ueber tuberculöse Laryngitis. (Sulla laringite tubercolare.)** *La Clinica Moderna. 12. September 1900.*

Eine klinische Vorlesung. Verf. erwähnt auch hier die bereits an anderer Stelle (V. Congress der klinischen Gesellschaft für Laryngologie. April 1900) von ihm veröffentlichten günstigen Resultate, die er bei tuberculöser Laryngitis mit dem Peronin als localem Anästheticum erzielt hat.

G. FINDER.

121) **Imhofer** (Prag). **Zur Therapie der Larynxphthise.** (Aus Prof. Krause's Klinik für Hals- und Nasenkrankheiten in Berlin.) *Prager med. Wochenschr. No. 40 u. 41. 1900.*

I. fasst seine recht allgemein gehaltenen Mittheilungen in folgende Sätze zusammen:

1. Die chirurgische Behandlung der Larynxphthise ist nach dem heutigen Stande der Wissenschaft die erfolgreichste Behandlungsmethode.
2. Schlechter Allgemeinzustand im Allgemeinen und vorgeschrittener localer Process ist keine Contraindication gegen ihre Anwendung.
3. Durch diese Methode kann dem Kranken ein Schaden nicht erwachsen.
4. Die Larynxphthise ist auch in vorgerücktem Stadium heilbar.

CHIARI.

122) **Genta. Ueber die Dysphagie Tuberculöser. (Sulla disfagia dei tubercelosi.)** *Annals di Laringologia ed Otologia. October 1900.*

Eine nichts Neues enthaltende Uebersicht über die zur Zeit gebräuchlichen organischen und chirurgischen Maassnahmen, die bei der Dysphagie Tuberculöser indicirt sind.

FINDER.

123) **Lubliner** (Warschau). **Die chirurgische endolaryngeale Behandlung der Kehlkopftuberculose. (Leczenie chirurgiczne wewnçtrakrtaniawe gruzlicy krtani.)** *Medycyna. No. 36. 1900.*

Nach allgemeiner Besprechung der Frage theilt Verf. seine in dieser Beziehung sehr interessanten statistischen Ergebnisse mit. Von 92 Fällen von Kehlkopftuberculose, die von ihm chirurgisch operirt wurden, wurde nur in 4 Fällen eine Ausheilung, welche bis zu 4 Jahren bestand, erzielt; in 30 Fällen eine bedeutende Besserung, die bie zu einem Jahre dauerte; in den übrigen 58 Fällen wurde nur eine rasch vorübergehende Besserung erzielt. Operirt wurde mittelst Curette, in einigen Fällen auch mittelst der galvanokaustischen Schlinge.

In der postoperativen Periode wurden Inhalationen von 1—2proc. Carbolsäure mit Zusatz von Cocain angewendet. Ungeeignet für die chirurgische Behandlung sind nach Verf. Fälle mit sehr ausgedehnten Lungenveränderungen, Fälle mit ziemlich ausgedehnter Stenose, rasch verlaufende Fälle etc. Schliesslich bemerkt Verf. mit Recht, dass die chirurgische Behandlung, welche Hand in Hand mit der allgemeinen Behandlung gehen sollte, auszuführen wäre in Sanatorien für Lungenkranke, an denen deswegen ein Laryngologe mit gut ausgebildeter Technik angestellt sein sollte.

A. v. SOKOLOWSKI.

124) **Pieniazek** (Krakau). **Die Laryngofissur bei der Behandlung der Kehlkopftuberculose. (Leczenie chirurgiczne od sewnatrz gruzlicy krtani.)** *Dziennik Zjarda Lekarzy i Przyrodników Polskich w Krakowie Str. 158.*

Die Laryngofissur kann in manchen Fällen von Kehlkopftuberculose wesentliche Dienste leisten, besonders in Fällen, wo die Infiltrate den subglottischen Raum einnehmen. Grundbedingung aber zu der Operation bildet ein guter Allgemeinzustand des Kranken und eine ziemliche Beschränkung der Lungenveränderungen. Die Laryngofissur kann nach Verf. sich auch nützlich erweisen in den Fällen von Larynxtuberculose, bei welchen früher die Tracheotomie ausgeführt wurde, zur Entfernung der Tracheotomiecanüle (Decanulement), wenn die Infiltrate in dem subglottischen Raume eine dauernde Stenose verursachen und der Herausnahme der Canüle im Wege stehen. Verf. illustrirt seinen Vortrag mit entsprechender Casuistik.

A. v. SOKOLOWSKI.

f. Schilddrüse.

125) **Ad. Oswald. Was wissen wir über die Chemie und die Physiologie der Schilddrüse?** *Pflüger's Archiv. LXXIX. 1900.*

In einer Controverse mit Blum betont O., dass die Schilddrüse ein Secret absonderndes Organ ist; ihr Colloid besteht aus zwei Eiweisskörpern, dem jodhaltigen Thyreoglobulin und dem jodfreien aber phosphorhaltigen Nucleoproteïd.

Das Thyreoglobulin wird im Organismus zersetzt, denn nach Darreichung grösserer Mengen desselben tritt Jodkali im Harn auf.

A. ROSENBERG.

126) **J. Katzenstein** (Berlin). **Ueber einige experimentelle Beobachtungen an der Schilddrüse.** *Deutsche med. Wochenschr. 48. 1899.*

Die Frage nach der Bedeutung der Schilddrüse ist noch ungelöst. Während fast alle nach den Erfahrungen bei der Exstirpation der Drüse (Cachexia thyreoipriva), nach den wahrscheinlichen nahen Beziehungen zum Myxödem und zum Kretinismus geneigt sind, sie als ein lebenswichtiges Stoffwechselorgan anzusehen, behauptet H. Munk das genaue Gegentheil. „Die Schilddrüse ist kein lebenswichtiges Organ und nach ihrem Verluste führen Producte des normalen Stoffwechsels, welche das Centralnervensystem nicht angreifen, eine Vergiftung nicht herbei.“ Verf. hat nun unter Munk's Leitung mühsame experimentelle Untersuchungen angestellt, deren Ergebnisse mit den Behauptungen Munk's überein-

stimmen. 57,13 pCt. der vom Verf. operirten Hunde überstanden die doppelseitige Thyreodectomie dauernd ohne Schaden. „Die Schilddrüse geht nach Zerschneidung der zuführenden Nerven zu Grunde, ohne dass das Thier dadurch geschädigt wird. Ersatzorgane für die Schilddrüse giebt es nicht. Nach beiderseitiger Ausschaltung der Schilddrüsen degeneriren die sie versorgenden secretorischen Nerven, die vasomotorischen und sensiblen Nerven centripetal." Ueber die an den degenerirenden Nerven vom Verf. beobachteten anatomischen Veränderungen muss das Original eingesehen werden.

ZARNIKO.

127) **Christiani** (Genève). **Die Entwicklung der Schilddrüsenpfropfung, die Analogien dieser Vorgänge bei Entwickelung embryonaler Schilddrüsen und bei der Bildung der einfachen Schilddrüsenhypertrophie. (Developpement des greffes thyreides etc.)** *Rev. suisse rom. No. 11. 1900.*

Verf. behauptet durch seine Implantationstechnik der Entwickelung der Thyreoidpfröpfe zu vollkommenem dauerhaftem endgültigem Gedeihen Herr zu sein. Er hatte die besten Ergebnisse an jungen Ratten. Der wesentliche Inhalt lässt sich aus dem Titel der kleinen Publication ersehen.

JONQUIERE.

128) **v. Feryvessy. Der Einfluss des Schilddrüsenextractes auf die Circulation und Respiration, mit einem Beitrag zu den Beziehungen zwischen Jodothyrin und Jodnatrium oder Atropin. (The Influence of Thyroid Extract on the Circulation and Respiration, besider an Addition Concerning the Relations between Jodothyrin and Sodium Jodide, or Atropine.)** *N. Y. Medical Record. 10. März 1900.*

F. behauptet, gestützt auf seine Experimente an Kaninchen, dass der Einfluss des Thyreoidextractes auf die Athmung nicht einheitlich ist. Oft waren die intravenösen Injectionen von keinerlei Aenderungen gefolgt; zuweilen resultirte eine Beschleunigung der Athmung. Der charakteristische Einfluss auf die Circulation war eine Erniedrigung des Blutdruckes. Auf Grund seiner Beobachtungen kann F. die Angaben über den antagonistischen Einfluss des Jodothyrins zum Natriumjodid oder Atropin nicht bestätigen. Seiner Ansicht nach waren die anscheinend diesbezüglichen Resultate trügerisch und nur durch den vorübergehenden Einfluss des Jodnatriums und Atropins bedingt.

LEFFERTS.

129) **P. Hellat. Affectionen der Schilddrüse.** Protokolle d. Vereins St. Petersb. Aerzte. *St. Petersb. med. Wochenschr. No. 16. 1900.*

Mittheilung mehrerer in rascher Folge beobachteter Schilddrüsenaffectionen, die sich durch Schluckbeschwerden und Druckempfindlichkeit ohne objectiv wahrnehmbare Symptome äusserten. Heilung durch Compressen. Westphalen hat ähnliches bei einem Phthisiker beobachtet.

P. HELLAT.

130) **D. B. Kyle. Acute Thyreoiditis. (Acute Thyreoiditis.)** *Journ. American Med. Assoc. 28. April 1900.*

K. hat innerhalb 2 Wochen zwei derartige Fälle beobachtet, die einzigen, die er jemals gesehen hat; nach Durchschnitt der Litteratur betont er die Seltenheit dieser Affection mit Nachdruck. Es giebt 2 Formen: eine eitrige und eine

einfache. Die letztere ist die gewöhnlichere Form bei Frauen zwischen 20 und 30 Jahren; sei verläuft unter plötzlichem Beginn, vagen Schmerzen am Halse, Schwellung der Schilddrüse bis zu Hühnereigrösse, deutlichem Fieber; Schwellung und Fieber beginnen nach 3—4 Tagen zurückzugehen. Die eitrige Form kommt bei septischen Erkrankungen vor und ist ausgezeichnet durch ein charakteristisches Fieber und allgemeine Symptome, sowie durch locale Eiterung. Es liegt oft eine Infection bacteriellen Ursprungs vor, aber meistens kann die Ursache nicht festgestellt werden.

K.'s 2 Fälle gingen beide in Heilung aus. Die Behandlung bestand in Darreichung von Calomel während einiger Tage, salinischen Abführmitteln, sowie continuirlicher Kälteanwendung, immer während $1/2$ Stunden mit 10 Minuten langer Unterbrechung, sowie in stimulirender Ernährung.

EMIL MAYER.

131) **E. Werman. Syphilitische Struma. (Syphilitic Goitre.)** *N. Y. Medical Record. 3. März 1900.*

W. berichtet von einem 24jährigen Patienten, der eine sehr schwere specifische Infection durchmachte, die sich über mehrere Jahre erstreckte, während welcher er regelmässig behandelt wurde. Es entwickelten sich tertiäre Symptome in Form von Hirndruck, Reizbarkeit, Gaumendefect u. s. w., und schliesslich Vergrösserung der Schilddrüse. Dieselbe ging unter der Behandlung zurück, aber recidivirte nach der Unterbrechung derselben. Verf. macht auf das Vorkommen von Struma nach Influenza und Masern aufmerksam, und auf die Gefahr initialer Veränderungen in den Frühstadien der Lues, die so gering sein können, dass sie der Beobachtung entgehen, aber zu späteren schweren Störungen den Grund legen.

LEFFERTS.

132) **Redact. Notiz. Struma syphilitischen Ursprungs. (Goiter of Syphilitic origin.)** *Journ. of the Amer. med. Assoc. 17. März 1900.*

Vergrösserung der Schilddrüse kann unter den Früherscheinungen der Syphilis oft beobachtet werden; sie scheint von der antiluetischen Behandlung nicht direct beeinflusst zu werden, sondern bildet sich schrittweise und langsam wie die Lymphdrüsenschwellungen zurück. Eiterung, diffuse interstitielle Entzündung, Gummabildung und Hämorrhagie kann in der Schilddrüse als Ausdruck hereditärer Syphilis vorkommen. Es giebt Fälle, in welchen Myxödem syphilitischen Ursprung zu haben scheint.

EMIL MAYER.

g. Oesophagus.

133) **Bowles u. G. R. Turner. Oesophagusruptur durch Erbrechen. (Rupture of the Oesophagus caused by vomiting.)** *N. Y. Medical Record. 28. April u. 16. Juni 1900.*

62jährige Frau fühlte beim Trinken von etwas Milch, nach einer Abführcur, die sie selbst mit Aloe und Rhabarber unternommen hatte, Uebligkeit und trank darauf ein grosses Glas mit Salzwasser, „um den Magen zu reinigen". Darauf

stellte sich Erbrechen ein mit nachfolgendem epigastrischen Schmerze und Collaps. 22 Stunden nach dem Anfall trat der Tod ein. Die Obduction ergab $1^1/_2$ Zoll über dem Diaphragma einen feinen Längsriss im Oesophagus von $^5/_8$ Zoll Länge, ohne Ablösung der Schleimhaut. Bei der Durchsicht der Litteratur fand Verf. 16 ähnliche Fälle.

LEFFERTS.

134) **Victor Blum. Ein Beitrag zur Diagnose der Oesophagusdivertikel. (A contribution to the diagnosis of diverticula of the oesophagus.)** *N. Y. Med. Journ. 7. April 1900. — N. Y. Med. Record. 14. April 1900.*

Bl. betont, dass in manchen derartigen Fällen das Symptomenbild so dunkel ist, dass alle verfügbaren diagnostischen Maassnahmen herangezogen werden müssen, um zu befriedigendem Resultat zu kommen. Wenn freilich gewisse Symptome, wie Hervortreten einer Geschwulst am Halse nach der Nahrungsaufnahme, Verschwinden des Tumors nach Regurgitation der Ingesta etc. vorhanden sind, dann ist die Diagnose vollständig klar. Oft ist die Roentgendurchleuchtung zweckmässig. Ein weiteres diagnostisches Hülfsmittel ist die Oesophagoskopie. Verf. berichtet von einem 66jährigen Manne, der die charakteristischen Symptome eines Oesophagusdivertikels darbot. Durch radiographische Untersuchung wurde festgestellt, dass es sich um ein oblonges Divertikel der hinteren Wand des Oesophagus handelte und zwar in der Höhe zwischen 4. und 7. Wirbel. Die Aetiologie wies in diesem Fall auf Trauma des Pharynx vor ungefähr 10 Jahren hin. Die Exstirpation des Sackes war hier streng indicirt.

LEFFERTS.

135) **E. Laval. Fremdkörper im Oesophagus. (Corps étranger de l'oesphage.)** *Soc. de chirur. 11. April 1900.*

Bruchstück eines Hammelknochens, das in der Mitte des Oesophagus stecken blieb, und mit dem Gräfe'schen Instrument entfernt wurde. Das Knochenstück war 28 mm lang, von dreieckiger Form, und hatte sehr scharfe Spitzen.

Man kann also jedenfalls entgegen früherer Anschauung grosse Fremdkörper von gefährlicher Form vermittelst des Gräfe'schen Instrumentes entfernen, ohne den Oesophagus zu verletzen.

PAUL RAUGÉ.

136) **Thiriar. Gastrotomie behufs Entfernung eines künstlichen im Oesophagus festsitzenden Gebisses. (Gastrotomie pour extraction d'un natelier fixé dans l'oesophage.)** *La Presse Méd. Belge. No. 13. 1900.*

In der kgl. Academie für Medicin theilt Th. den Fall eines 21jährigen Mädchens mit, bei welchem er mittelst der Gastrotomie ein 9 cm langes und 4 cm breites künstliches Gebiss, bestehend aus einer Ebonitplatte mit 2 Zähnen und einem goldenen Häkchen an dem einen Ende, spitzlaufend an dem andern, entfernt hatte. Dasselbe war 38 cm vom Zahnrand entfernt und im Oesophagus eingekeilt.

BAYER.

137) **W. E. Kiely. Oesophagusstrictur. (Stricture of the Esophagus.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 19. März 1900.*

Demonstration eines Präparates von Oesophagusstrictur mit Ulceration in der Trachea.

EMIL MAYER.

138) **Mailland** (Lyon). **Oesophaguskrebs. (Cancer de l'oesophage.)** *Société de méd. de Lyon. 19. März 1900.*

Demonstration der anatomischen Präparate eines Kranken, der an Neoplasma der Oesophagus mit Perforation in die Trachea gestorben war. PAUL RAUGÉ.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) British Medical Association. Portsmouth 1899.

(Laryngologische Section.)

Präsident: E. Cresswell Baber (Brighton).

Der Präsident leitete die Verhandlungen durch eine Ansprache: „Die Fortschritte der Rhinologie innerhalb der letzten 30 Jahre" ein.

Er bemerkt, dass es gerade 30 Jahre her sind, dass Wilhelm Meyer in Kopenhagen seine wichtige Entdeckung über die adenoiden Vegetationen vor der Royal medical und chirurgical Society of London am 23. November 1869 vortrug. Nachdem er der Energie, des Enthusiasmus und des liebenswürdigen Charakters Meyers gedacht hat, führt er aus, dass erst einige Jahre später Meyer's Aufsatz über adenoide Vegetationen in England erschien, und obgleich vereinzelte Fälle von Voltolini und Löwenberg vor Meyer's Entdeckung schon publicirt worden waren, doch erst durch die erschöpfenden Studien Meyer's über die Erkrankung und ihre Folgen die Adenoiden bekannt wurden und daher diesem gerechtermaassen das Verdienst der Entdeckung zugesprochen werden muss. Wilhelm Meyer legte grosses Gewicht auf die Untersuchung durch Palpation und abgesehen von der Pathologie und Behandlung ist seiner Beschreibung der Krankheit wenig zugefügt worden.

Der Weg zu Meyer's Entdeckung ging über Czermak's Entdeckung der Rhinoscopia posterior im Jahre 1859, eine Untersuchungsmethode, die warm vertheidigt wurde von Voltolini, welchem wir es zu danken haben, dass er den Werth des Gaumenhakens so nachdrücklich betonte. Dieser wurde freilich nicht gebührend gewürdigt, bis 1881 White (Virginia) ein selbsthaltendes Instrument einführte und die Vorzüge dieser Untersuchungsmethode hervorhob, welche zwar weithin bekannt, aber nach der Ansicht des Redners noch gegenwärtig nicht so oft angewandt wird, als wünschenswerth und erforderlich ist.

Die vordere Rhinoskopie war wenig gepflegt, bis 1859 Markusowky sein Speculum erfand. 1868 publicirten Thudichum in London und Duplay in Paris ihre wohlbekannten Specula, aber der wahre Fortschritt in der Rhinoscopia anterior fiel erst zusammen mit der Anwendung des vom centralperforirten Stirnspiegel reflectirten Lichtes.

1882 gab das wohlbekannte Werk von Zuckerkandl über normale und pathologische Anatomie der Nase und ihrer Nebenhöhlen einen grossen Ansporn zum Studium der Nasenkrankheiten im Allgemeinen. Dann folgte der heisse Streit auf dem Gebiet der nasalen Reflexneurosen, der durch Hack in Freiburg inaugurirt wurde und in dessen massenhaften Publicationen manche werthvolle Wahrheit enthalten war.

Der übermässige Gebrauch des ursprünglich von Middeldorpff empfohlenen Thermokauters, war ein Ausfluss von Hack's Theorien; seine Anwendung ist heute glücklicher Weise weniger wahllos als früher.

1884 publicirte Jellinek einen Aufsatz über den Gebrauch des Cocains in Hals und Nase und seine anästhesirende und contractile Wirkung auf die Schleimhäute. Die Leichtigkeit, mit welcher kleinere Operationen in diesen Regionen ausgeführt werden konnten, riefen fast eine Revolution in der Rhinologie hervor.

Diesen Fortschritten der Rhinologie folgte das Studium der Krankheiten der Nebenhöhlen, speciell der chronischen Empyeme mit nasalen Symptomen (latentes Empyem, Lichtwitz). Von 1880 an hat Ziem in verschiedenen Publicationen sich um die Kenntniss des latenten Empyems des Antrums verdient gemacht und unter seinen zahlreichen Nachfolgern, die Ausgezeichnetes geleistet haben, muss der Name Grünwald's besonders genannt werden.

Von den weiteren Fortschritten der modernen Rhinologie erwähnt Redner die Bedeutung der freien Nasenathmung und die vervollkommneten Mittel zur Behandlung der nasalen Obstruction. Die Physiologie und Bakteriologie der Nase ist ebenfalls gefördert worden.

Der Vorsitzende ruft zum Schluss allen anwesenden fremden Collegen, von denen einige Wesentliches zum Ruhm der Wissenschaft und zum Fortschritt der Rhinologie geleistet haben, einen herzlichen Willkommengruss zu.

Discussion über die chronische Eiterung des Sinus frontalis; ihre Diagnose und Behandlung.

I. Referent: Charters Symonds (London): Redner bespricht das klinische Bild solcher Fälle unter 3 Gesichtspunkten.

1. Eitriger Nasenausfluss complicirt durch Polypen aber ohne Schmerzen.
2. Deutliche Ausdehnung des Sinus ev. ohne Ausfluss; wenn letzterer vorhanden ist, besteht er mehr aus Schleim, als aus Eiter.
3. Eitriger Nasenausfluss zusammen mit Ausdehnung des Sinus.

Redner erörtert zuerst die Diagnose von Gruppe 1 und 3. In diesen Fällen sind eitrige Secretion und Polypen gleichzeitig vorhanden, letztere als Folge der ersteren. Der Eiter ist in solchen Fällen immer das Zeichen von Betheiligung einer oder mehrerer Nebenhöhlen. Die Polypen, mögen sie nun gross oder klein, spärlich oder zahlreich sein, sollen entfernt werden, mit allen Granulationen, welche sich im mittleren Nasengange befinden, ehe eine Diagnose versucht wird. Die letztere wird gewöhnlich zwischen Empyem der Stirnhöhle und des Antrum maxillare zu entscheiden haben oder beide können gleichzeitig afficirt sein. Granulationen unterhalb des mittleren Nasenganges und eine Eiterlinie zwischen der mittleren Muschel und dem Granulationswall, zusammen mit dem Wiederer-

scheinen von Eiter bei vorgebeugtem Kopf werden vom Redner als charakteristische Zeichen des Antrumempyems betrachtet. Eine Canüle kann zuweilen zur Erleichterung der Diagnose in das Antrum eingeführt werden. In Fällen, wo die Möglichkeit vorhanden ist, dass beide Sinus afficirt sind, ist es einfacher, das Antrum durch die alveoläre Methode zu drainiren und sich erst später mit dem oberen Sinus zu beschäftigen. In vielen Fällen ist das Antrum nur ein Receptaculum für den Eiter aus der Stirnhöhle, und radicale Mittel sind daher nicht empfehlenswerth, wenn man nicht sicher ist, dass es sich um das Antrum allein handelt. Wenn nach der Drainage des Antrums sich Eiter und Polypen noch in dem mittleren Meatus zeigen, muss der Sitz der Krankheit im Ethmoidal- oder im Frontalsinus gelegen sein.

In reinen Fällen von Stirnhöhlenerkrankung sind die Granulationen in dem mittleren Meatus weniger zahlreich oder fehlen ganz und in den charakteristischen Fällen ist der äussere Abschnitt der mittleren Muschel mit Granulationen bedeckt, über welche Eiter fliesst.

Das sicherste von allen Zeichen ist die Einführung der Hartmann'schen Canüle in den Sinus; aber sie ist nicht immer möglich und es kann nothwendig werden, das vordere Viertel der mittleren Muschel abzutragen, um den Eingriff zu erleichtern. Delavan's „Punch forceps" wird hierzu empfohlen. Blossliegende aber nicht unbedingt nekrotische Knochen können bei der Sondirung des Sinus zwischen den Granulationen gefunden werden.

Wo es unmöglich ist, die Erkrankung des Frontalsinus auszuschliessen und die Eiterung andauert, kann man von aussen sondiren, indem man eine schmale Incision macht und mit dem $^1/_8$zölligen Hohlmeissel eindringt. Die kleine Wunde, welche dadurch verursacht wird, hinterlässt kaum eine sichtbare Narbe. Ethmoidale Eiterung kann zurückbleiben, wenn die Stirnhöhle behandelt und geheilt ist.

Behandlung. a) Intranasal. Hierunter versteht man die Entfernung der Polypen und der Granulationen sowie der etwaigen Reste der mittleren Muschel mit nachfolgender Irrigation des Sinus mit antiseptischen Mitteln, wie Jodoformemulsion, 1 proc. Formalinlösung, Borsäurelösung etc.

Ein erfolgreicher Fall wird berichtet.

Im Falle die Methode nicht gelingt, hält der Autor sie für wenig gefährlich, vorausgesetzt, dass die Drainage des Sinus frei ist und stärkere Schmerzen nicht bestehen. Den Gebrauch des Kauters verwirft er in jedem Falle.

Alle Versuche, den Sinus von der Nase aus mittelst Meissels oder anderen Instrumenten zu erreichen, sind zu gefährlich.

b) Extranasal. Dilatation des Sinus, mit oder ohne Eiter in der Nase, und Fälle mit Oeffnung nach aussen verlangen alle eine Operation von aussen. Der Einschnitt durch die Augenbraue wird empfohlen. In 12 Fällen hat Redner keine Knochensequester gefunden, aber manchmal fühlte er blossliegenden Knochen in dem Sinus. Ist der Sinus zugänglich gemacht, so stehen 6 verschiedene Wege offen:

1. Man entfernt alle Polypen, Eiter etc., reinigt die Höhle, desinficirt sie, überzeugt sich, dass die Nase frei ist, schliesst die äussere Wunde und irrigirt von der Nase während 1 oder 2 Tage, um die Blutcoagula zu entfernen.

2. Man führt ein Gummirohr in die Nase ein und fasst dessen oberes Ende mit einem Draht, der durch die Incisionswunde eingeführt wird. Der Nachtheil hierbei ist die Neigung zur Entstehung von Granulationen durch den Reiz des Rohres.

3. Man erweitert die Oeffnung zur Nase und schliesst die Wunde. Unter Umständen entfernt man einen Theil der mittleren Muschel gleichzeitig.

4. Nachdem man in den Sinus gelangt ist, wird die Höhle mit Gaze tamponirt und ein Theil des Knochens entfernt. Wenn die Incision sich schliesst, kann ein silbernes Drainrohr zur Ausspritzung der Höhle zurückgelassen werden.

5. Entfernung der vorderen Wand, mit gleichzeitigem Verschluss der Wunde und Nasendrainage.

6. Downie's Methode besteht darin, dass man die Höhle tamponirt, nachdem der grösste Theil der vorderen Wand entfernt worden ist. Beim Schliessen der Wunde wird das Ende der Gaze durch eine Gegenöffnung herausgeführt.

Wenn der Stirnnasencanal verlegt ist, wie oft bei Betheiligung des Auges und Mucopus im Sinus sich befindet, so muss der Canal frei gemacht und die Höhle tamponirt oder intranasal irrigirt werden.

II. Referent: E. J. Moure (Bordeaux): Stirnhöhlenempyem ist oft begleitet von Kieferhöhlenempyem, kommt aber auch allein vor.

Als wahrscheinliche Zeichen für Frontalsinuseiterung giebt M. an:

1. Einseitiger Eiterausfluss nach gründlicher Irrigation des Antrum.

2. Granulationen in dem oberen Theil des Infundibulum und Erweiterung des Stirn-Nasencanals, dabei Supraorbitalschmerzen, spontan oder auf Druck.

Zuverlässige Symptome sind:

1. Temporäre oder permanente Schwellung in der Gegend des Frontalsinus oder Vorhandensein einer Fistel in dieser Gegend.

2. Der Ausfluss von Eiter bei Irrigation des Sinus.

3. Verdunkelung bei der Durchleuchtung verglichen mit der gegenüberliegenden Seite.

Ethmoidale Granulationen befinden sich gewöhnlich weiter zurück als Granulationen, die aus der Stirnhöhle herrühren.

Behandlung. Wenn das Antrum gleichzeitig erkrankt ist, muss es vor dem Sinus frontalis behandelt werden.

Bei geringer Eiterung sollen das Infundibulum und der Stirnnasencanal mittelst Curette und intranasalen Irrigationen soweit als möglich von den Granulationen gereinigt werden.

Intranasale Eingriffe in den Sinus sind zu verwerfen. Für schwerere Fälle hält M. die Ogston-Luc'sche Methode für die idealste.

Wenn eine freie Communication mit der Nase hergestellt ist, so ist eine Drainröhre nicht nothwendig und Ausspülungen unterbleiben besser, um nicht Wiederinfection des Sinus herbeizuführen.

Redner hat ausgezeichnete Resultate mit dieser Radicaloperation erzielt.

III. Referent: Luc (Paris): Folgender Fall giebt in kurzen Umrissen die Geschichte eines schweren Stirnhöhlenempyems.

Pat., ein kräftiger junger Mann von 20 Jahren, der weder syphilitisch noch tuberculös ist, nicht Diabetes oder Albuminurie hat, bemerkte einen eitrigen Ausfluss aus der linken Nasenhälfte zuerst im Jahre 1893.

1894 eröffnete Lermoyez den linken Sinus nach Ogston-Luc; die Alveolarwand war perforirt.

Juli 1897 linker Maxillar- und Frontalsinus eröffnet und curettirt. Andauernde Eiterung.

August 1898. Maxillar- und Frontalsinus auf der rechten Seite afficirt.

November 1898. Rechter Maxillar- und Frontalsinus eröffnet; beide Stirnhöhlen wurden vereinigt.

December 1898. Fluctuirende Schwellung der unteren Frontalgegend, die eröffnet wurde (Eiter).

Januar 1899. Subcutane Infection breitet sich über der Stirn aus, Incision, rauher Knochen mit Granulationen bedeckt; Curettement; antiseptischer Verband.

Eine Woche später subperiostaler Abscess in der unteren Gegend der linken Augenbraue.

Februar 1899. Zweiter subperiostaler Abscess über dem rechten Auge und bald ein dritter über der Stirnwunde. Die Kräfte des Patienten lassen nach.

Mai 1899. Nackensteifigkeit mit nachfolgender Parese des linken Beines. Trepanation des Schädels oberhalb des rechten motorischen Beincentrums; Auffinden zweier Eiterherde an der Dura mater, die nicht geöffnet wurden. Pat. starb 2 Tage später. Obduction nicht gestattet.

L. äussert sich eingehend über diesen Fall, dem von Anfang an genügende Sorgfalt geschenkt wurde. Er ist der Meinung, dass man in solchen Fällen, selbst wenn sie auf den ersten Blick uncomplicirt erscheinen, unverzüglich die Operation vorschlagen soll.

III. Referent: Röpke (Solingen): Operation bei chronischer Fronto-Ethmoidaleiterung.

R.'s Erfahrungen unter den Arbeitern der Stahl- und Eisenfabriken gehen dahin, dass das Siebbein in den meisten Fällen von Stirnhöhleneiterung mit afficirt war.

Er wählte Kuhnt's Methode, indem er die Resection der ganzen vorderen Knochenwand der Stirnhöhle ausführte und dann die erkrankte Schleimhaut entfernte.

Durch die Ausschabung der erkrankten Schleimhaut des Siebbeins wird eine Communication zwischen der Stirnhöhle und der Nase geschaffen. Die Wunde wird mit Jodoformgaze tamponirt und vernäht bis auf ein kleines Loch zum Durchführen der Gaze. Wenn beide Stirnhöhlen erkrankt sind, muss der Horizontalschnitt bis zur anderen Seite fortgesetzt werden. Der Verticalschnitt schneidet den horizontalen rechtwinklig in der Mitte. Die vordere Wand beider Sinus, das Septum und der Processus nasalis des Stirnbeins werden entfernt.

Gaze wird nur an einer Seite eingeführt und nach 3 Tagen dauernd entfernt, damit der Abfluss durch die Nase frei ist.

Redner hat so 25 Patienten geheilt, bei welchen ein oder beide Sinus erkrankt waren; 6—10 Tage sind zur Heilung nöthig.

(Genauere Beschreibung der Operat. cf. Archiv für Laryngologie. Bd. VIII. Heft 2 und auch den Bericht der 70. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.)

IV. Referent: Herbert Tilley (London): Ein letaler Fall von chronischem Stirnhöhlenempyem.

Junge Frau von 22 Jahren mit vollkommenem Verschluss beider Nasenseiten durch Polypen, die von Eiter umspült sind. Die Untersuchung ergab beide Maxillarhöhlen frei von Eiter. Die Nase wurde zuerst von den Polypen befreit und und täglich mit alkalischen Douchen 6 Wochen lang irrigirt, bis man zur Radicaloperation sich entschloss. Diese bestand in einer Modification der Ogston-Luc'schen Operation. Das Septum zwischen den Sinus war defect und so war es möglich, eine Stirnhöhle von der anderen zu curettiren. Beide waren mit grossen Granulationen erfüllt; nach Entfernuug derselben sah man an der hinteren Wand der rechten Höhle eine entblösste, möglicherweise necrotische Stelle, die nicht entfernt wurde.

Es wurde eine ausreichend grosse Passage nach der Nase für den Krause'schen Trocart geschaffen, dann eine Luc'sche Röhre eingeführt, die äussere Wunde vernäht und die Höhle dreimal täglich mit 1:3000 Sublimatlösung irrigirt.

Zweite Operation: Nach 10 Tagen Wiederauftreten der Eiterung, die Wunde brach auf. In der Narkose wurde der rechte Sinus eröffnet, die Passage nach der Nase freigelegt und die Radicaloperation an der linken Seite ausgeführt.

Dritte Operation: Nach etwa einer Woche Oedem des linken Augenlides, Schwellung des unteren mittleren Abschnitts der Stirn, die sich bei Druck gespannt anfühlte. Eröffnung der Schwellung, Entleerung des Eiters. Aehnliche Schwellungen traten von Zeit zu Zeit an verschiedenen Stellen der Kopfhaut auf, nach und nach sich nach hinten verbreitend. Sie wurden sogleich geöffnet und unter Einlegung grosser Drainröhren antiseptisch behandelt. Der Knochen unter diesen Schwellungen fühlte sich rauh an und war mit Granulationen bedeckt. Nichts konnte dem Fortschritt dieser septischen Erkrankung Einhalt thun, und nach 9 monatlicher Krankheit starb die Patientin an septischer Pneumonie mit Anzeichen von Septicämie.

Obduction: Nekrose des Schädeldaches von der Nasenwurzel bis zur Protuberantia occipitalis. Innere Wand des Frontale intact, Dura mater desgl., Longitudinalsinus frei (war zu Lebzeiten schon bei einer der Incisionen zu sehen). Ungefähr 10 Cerebralabscesse lagen zerstreut in der grauen und weissen Substanz des Gehirns. Das Felsenbein war necrotisch mit Subduralalabscess rechts und links. Eiter lag um den cavernösen Sinus. Ein grosser Abscess lag um die linke Eustachi'sche Röhre und die Carotis.

Die Basis beider Lungen war consolidirt und enthielt einen grossen Lungenabscess.

Redner denkt, dass möglicherweise das Curettement in dem oberen Theil des Sinus einige der diploischen Räume geöffnet hat und dass diese später septisch wurden. In solchen Fällen sollten die Weichtheile sogleich zurückgeschlagen und die äussere Schicht des Knochens entfernt werden, damit die septische Phlebitis der Diploe antiseptisch behandelt werden kann, und eine freie Drainage nach aussen besteht.

Was die Behandlung der chronischen Empyeme der Stirnhöhle anbetrifft, so räth T. die Entfernung der Polypen, der Granulationen, der vorderen Hälfte der mittleren Muschel und Curettement einer etwaigen Siebbeineiterung als Vorbereitung zur äusseren Radicaloperation in allen Fällen. Auf diese Weise wird die freie Drainage des Sinus ermöglicht und die Gefahr einer Reinfection derselben nach der Operation verringert.

T. räth ebenfalls eine breite Oeffnung zur Nase im Boden der Stirnhöhle zu machen, so dass die Spitze des kleinen Fingers, durch die Nase eingeführt, im Sinusboden sichtbar wird. Er zieht jetzt in der Regel die Anwendung eines Drainrohrs vor und hat bisher ganz gute Resultate gehabt. Wenn der Sinus und das Antrum gleichzeitig afficirt sind, so empfiehlt er, bei der Operation von der oberen Höhle auszugehen, weil das Antrum als Receptaculum für den vom Sinus kommenden Eiter leicht reinficirt wird, wenn die umgekehrte Reihenfolge, wie sie Dr. Moure empfiehlt, angewandt wird.

Ernest Waggett ist der Ansicht, dass das häufige Vorkommen von Spontanheilungen in acuten Fällen die Tendenz der Stirnhöhle mit ihrer ausgezeichneten Drainageöffnung zur Heilung erweisen. Ein Fall, der chronisch wird, zeigt hierdurch allein schon, dass ein mangelhafter Abfluss oder irgend welcher sonstiger pathologischer Zustand vorliegt, der nur durch Operation gehoben werden kann. Die Operation von aussen ist sicherer, leichter auszuführen und erfolgreicher, als eine Methode von innen.

Sargent Snow (Syrakuse N. Y.) hält dafür, dass die intranasale Operation, mit gehöriger Vorsicht natürlich, angewandt werden soll. Er berichtet von eignen Fällen, wo er aus dem Frontalsinus und den Siebbeinzellen eine einzige Höhe gebildet hat.

W. J. Nourse (London) versucht es mit der intranasalen Irrigation, bevor er zur externen Operation schreitet.

Mayo Collier (London) betont als werthvolles Symptom latenter Formen den chronischen Kopfschmerz, der in der Nacht und beim Bücken zunimmt, ferner die Druckempfindlichkeit und Spannung in der Stirngegend.

J. H. Bryan (Washington): Die Kopfschmerzen sind am schlimmsten am frühen Morgen und lassen nach, wenn gegen 10 oder 11 Uhr Ausfluss eintritt. Wenn kein Secret abfliesst, dauern die Kopfschmerzen an. In allen schweren Fällen sind nach Redn.'s Ansicht die Frontoethmoidalzellen betheiligt. Es wendet die Gazetamponade anstatt der bei der Ogston-Luc'schen Operation eingelegten Canülen an, schliesst die äussere Wunde sofort nach der Operation und entfernt die Gaze später durch die Nase.

Dundas Grant (London): Druckempfindlichkeit des Sinus ist wichtiger als Stirnschmerz, der andere Ursachen haben kann. Beseitigung der mittleren Muschel ist ein wichtiges Moment bei der Behandlung. Die intranasale Behandlung sollte in allen Fällen vor der extranasalen Operation versucht werden.

W. Hill (London) befürwortet die Operation von aussen in allen Fällen von sicher diagnosticirter Stirnhöhlenerkrankung. Recidive sind oft verursacht durch gleichzeitige Ethmoidalerkrankung. Er ist gegen Röpke's extensive Operationen und gebraucht keine Drainröhren.

Scanes Spicer (London) empfiehlt in erster Linie die intranasale Behandlung, weil manche Fälle heilen, wenn die erkrankten Ethmoidalzellen entfernt werden.

Kipp (New-York): In ophthalmischen Fällen ist die Radicaloperation die einzig befriedigende; Redn.'s Methode ist der von Röpke ähnlich.

Rudloff (Wiesbaden) berichtet über einen letalen Fall von chronischem Empyem der Stirnhöhle.

Der 40jährige Patient litt an Empyem beider Kieferhöhlen, der Keilbein- und Stirnhöhle und an zahlreichen Nasenpolypen. Beide Kieferhöhlen wurden eröffnet, einige Monate später wurde die Keilbeinhöhle operirt und dann die linke Stirnhöhle durch die Radicaloperation von aussen. Vorübergehende Besserung folgte, aber nach wenigen Wochen machte sich eine Caries der hinteren Wand des Sinus bemerklich und in einer zweiten Operation wurde die ganze hintere Wand entfernt und gleichzeitig der rechte Sinus eröffnet. Wenige Tage später traten Temperatursteigerungen ein und Symptome eines Extraduralabscesses, gefolgt von Aphonie und Facialislähmung. Die ensprechende Schädelpartie wurde trepanirt und ein Subduralabscess eröffnet; der Patient starb 48 Stunden später.

Die Obduction erwies eine eitrige Leptomeningitis der linken Hemisphäre; die Maxillarsinus waren geheilt, der Sphenoidalsinus in Heilung begriffen. Die bacteriologische Untersuchung des Eiters ergab einen Mikrococcus roseus (Eisenberg) und den Bacillus mesentericus vulgatus.

Logan Turner (Edinburgh) berichtet über seine Beobachtungen bei der Durchleuchtung der Stirnhöhlen an 500 Schädeln. Seine Resultate resumirt er dahin, dass

in 357 Fällen = 71 pCt. die beiden Sinus vorhanden waren,
„ 80 „ = 16 „ „ „ „ fehlten,
„ 63 „ = 12,5 „ ein Sinus fehlte (der rechte in 45, der linke in 18 Fällen).

In keinem Falle, in dem ein Sinus fehlte, ergab die Durchleuchtung auf der betreffenden Seite positives Resultat.

Von den 357 Schädeln, an denen beide Sinus vorhanden waren, waren 98 auf der einen Seite nicht durchsichtig.

Von den 63 Schädeln, denen ein Sinus fehlte, durchleuchteten 40 auf der anderen Seite, während 23 sich der Beleuchtung gegenüber auf der Seite mit dem Sinus negativ verhielten.

Bei einer Anzahl von Schädeln variirte die Intensität der Beleuchtung auf den beiden Seiten.

Mink (Zwolle-Holland) demonstrirt einen Apparat zur Auscultation der Stirnhöhle. Derselbe besteht in einer Hartgummicanüle, die rechtwinklig abgebogen ist und in Verbindung mit einem Politzerballon und einem Auscultationsrohr steht, dessen eines Ende von einer Feder gegen den Frontalsinus des Patienten angedrückt wird, während das andere Ende in das Ohr des Untersuchers eingeführt wird. Meistens werden Geräusche in dem Sinus leicht vom Arzt gehört, wenn er den Ballon comprimirt, während die Canüle in dem unteren Ende des Stirnnasencanals liegt.

St. Clair-Thomson (London) bezweifelt den Werth der Durchleuchtung am Lebenden und spricht sich gegen forcirtes Curettement des Sinus bei der Radicaloperation aus.

Cresswell-Baker (London) bedient sich der Operation von aussen bei gesicherter Diagnose. Die Empfindlichkeit und die Undurchsichtigkeit bei der Durchleuchtung sind unsichere Zeichen. Kuhnt's Operation ist zuweilen ausreichend und hinterlässt nur eine ganz kleine Narbe.

Symonds fasst in seinem Schlusswort das Ergebniss der Discussion dahin zusammen:

1. Dass eine freie Eröffnung von aussen her in allen schweren Fällen nothwendig ist.
2. Dass die Abtragung der vorderen Partie der mittleren Muschel eine zweckmässige Maassnahme ist.
3. Dass Versuche, den Sinus von der Nase aus zu eröffnen, gefährlich sind.

P. Lacroix (Paris): Ein Inhalationsapparat; seine Anwendung in der Behandlung von Larynxtuberculose.

L. demonstrirt seinen Apparat, der in einer weiten Röhre besteht, welche das zu zerstäubende Medicament enthält und mit einer grösseren Flasche in Verbindung steht, in der sich heisses Wasser (50—100° C.) befindet. Ein Handballon steht mit der Röhre in Verbindung, welche auf der anderen Seite zu der Athemmaske führt. Durch Compression des Ballons geht die Luft, mit dem flüchtigen Medicament beladen, in die Maske und so inhalirt der Patient.

L. wendet folgende Mischung bei der Behandlung der Larynxtuberculose an: Formalin 0,3—2,0, Bromoform 10—20 gtt., Aqua q. s. ad 30,0. Diese wird in die Röhre gefüllt und 1 g Menthol hinzugefügt.

Die Inhalation verursacht Anästhesie und wirkt antiseptisch. Fälle von Heilung werden berichtet.

Experimente, die die keimtödtende Wirkung der Mischung beweisen, werden beschrieben.

Dundas Grant (London): Secundäre Laryngitis bei Nasenerkrankung.

Redner ist der Ansicht, dass die Obstruction der Nase die Ursache bildet

für gewisse Formen von Laryngitis, besonders bei Mängeln der Stimmbildung. Er beschreibt die Erscheinungen der Laryngitis in Verbindung mit atrophischer Rhinitis, ferner diejenigen Laryngitiden, welche als Begleiterscheinungen der Nebenhöhleneiterungen auftreten. In letzterem Falle sind die Stimmbänder roth und geschwollen und ebenso die Interarytaenoidregion.

Bei einfacher chronischer Rhinitis zeigt die Schleimhaut des Larynx eine sammtartige Beschaffenheit, besonders in der Arytaenoidgegend, während die Stimmbänder geschwollen sind.

In allen diesen Fällen ist Redner der Ansicht, dass die Veränderungen lediglich das Epithel betreffen; die Diagnose muss die tuberculöse und die syphilitische Laryngitis ausschalten.

Die Behandlung muss sich von vorn herein in erster Linie mit geeigneter Medication gegen die ursächliche Nasenerkrankung richten; sie besteht dann weiter in einer entsprechenden Localbehandlung des Larynx durch Besprayung mit 10 pCt. Zinkchloridlösung, im Verein mit Bettruhe und Athemübungen nach Curtis. Wenn die Schleimanhäufung und die Auflockerung des Epithels gross ist, thut eine alkoholische Salicylsäurelösung gute Dienste.

J. Pollard und R. Lake: Ein Fall von Basedow'scher Krankheit mit Heilung nach Operation.

Die Autoren besprechen die Gefahren der Autointoxication bei Operationen an der Schilddrüse und heben die Nothwendigkeit hervor, während der Operationsdauer die Drüse selbst so wenig als möglich zu befassen.

Es handelt sich um eine 31 jährige Patientin. Der Exophthalmus wurde auf eine Influenzaattake im Jahre 1892 zurückgeführt. Kräfteabnahme und psychische Depression bei fortschreitendem Exophthalmus stellten sich ein und die locale Behandlung (mit Hydrarg. jod. viride) war resultatlos.

Mai 1898. Pat. sehr nervös. Tremor. Ausgesprochene Vergrösserung der Schilddrüse und Exophthalmus. Stellwag'sches Symptom sehr deutlich. 160 bis 130 Pulse in der Minute. Palpitationen, Stirnkopfschmerzen, Dyspnoe, Tachycardie und Ohnmachtsanwandlungen bildeten weitere quälende Symptome.

11. Mai 1898. Unter Aethernarkose wird eine ungefähr 5 Zoll lange Incision gemacht vom rechten Kiefer zum Sternoclaviculargelenk und der Drüsenlappen sorgfältig herausgeschält; die Theile waren durchweg stark vascularisirt und die rechtseitige Art. thyreoidea inferior war doppelt so stark, als normal. Tiefe und oberflächliche Nähte wurden gelegt, so dass die resultirende Narbe sehr unbedeutend war. Am ersten Tage trat ein Anfall von Convulsionen mit Cyanose auf und mehrere ähnliche Anfälle folgten noch während der ganzen ersten Woche. Dann machte die Patientin eine schnelle und ungestörte Reconvalescenz durch und blieb von allen Symptomen befreit.

Watson Williams (Bristol) betont, dass der Basedow vorzüglich eine Erkrankung des Nervensystems darstellt, und betont die Wichtigkeit medicamentöser Behandlung bei allen Fällen; dieselbe bringt sehr wesentliche Besserung. Die chirurgische Behandlung bleibt für die wenigen Fälle, bei denen jede andere

Therapie fehlgeschlagen ist. Die chirurgische Behandlung ist stets gewagt und dabei auch nicht immer erfolgreich.

Herbert Tilley berichtet von einem seiner Fälle, welcher durch innere Behandlung (Diätetik, Brompräparate und Belladonna) so gebessert wurde, dass die Patientin ihre Arbeit wieder aufnehmen konnte. Er fragt, wie die Erfahrungen Anderer hinsichtlich der Wirkung von Operationen in Hals und Nase bei Morbus Basedowii sind. Er hat einen Fall gesehen, der durch eine Operation in der Nase (post oder propter hoc?) geheilt worden war, und andererseits kennt er einen Fall, bei dem unmittelbar im Anschluss an die Entfernung von Polypen Graves-sche Krankheit auftrat.

Der Vorsitzende hat einen ähnlichen Fall beobachtet, wo nach Beseitigung einer unteren Muschel Basedow'sche Symptome sich einstellten und er glaubt, dass die Irritation des Trigeminus die Ursache war.

Snow und Pegler berichten über Fälle, in denen die interne Behandlung die Symptome der Erkrankung steigerte.

Adolf Bronner (Bradford): Locale Anwendung von Formalin bei der Behandlung der atrophischen Rhinitis.

B. empfiehlt zuerst eine Reinigung der Nasenhöhle mit einer alkalischen Lösung mittelst des Irrigators. Danach wendet er eine Formalinlösung 1 : 1000 bis 1 : 2000 an, die er mit einer kleinen Nasenspritze injicirt als einen Spray von Formalin 1 : 1000. Wenn der Fall sich bessert, soll die Application, welche anfangs 3—4 mal wöchentlich statt hat, seltener vorgenommen werden. Das Formalin hat einen stark desodorisirenden Effect.

Bronner ist der Ansicht, dass in sehr vielen Fällen das Antrum maxillare afficirt ist. Zur Nachbehandlung fand er Insufflationen von Tannoform und Borsäure sehr nützlich.

Baber empfiehlt Higginson's Spray zum Zweck der Reinigung mit nachfolgendem Sublimatspray.

Horne empfiehlt das Formalin warm, besonders für die septischen Fälle.

Pegler und Herbert Tilley betonen die Wichtigkeit der gründlichen Reinigung; man muss sich vergewissern, dass der Patient eine gute Spritze hat und sie richtig zu handhaben versteht.

Chevalier Jackson (Pittsburg) empfiehlt fein gepulverte Carica papaya als sehr wirksam zum Erweichen der Krusten, die nachher leicht weggewaschen werden.

Watson Williams (Bristol) hat das Formalin nicht als besser befunden, als ein alkalinisches Antisepticum, ausser wenn es so stark genommen wurde, dass es reizte. Er fand übrigens die Beziehung zwischen Antrumerkrankung und Ozäna nicht häufig.

Kipp warnt vor dem Gebrauch des Formalins bei kleinen Kindern, wo es leicht gastrische Reizung hervorruft.

Bobone (San Remo) konnte den Gebrauch des Formalins bei seinen Pat. wegen der Schmerzen und der Reizerscheinungen nicht durchsetzen. Er empfiehlt nascirendes Jodsilber auf einem Wattebausch applicirt.

P. de Santi (London): Ein Fall von parathyreoidem Tumor mit Symptomen von maligner Erkrankung des Larynx und Oesophagus. Entfernung. Heilung.

58jähr. Pat., seit 10 Monaten an Heiserkeit, starkem Husten und gelegentlichem respiratorischem Stridor leidend. Keine Erkrankung der Lungen.

5. Juni 1895. Röthung und Schwellung des rechten Stimmbandes, verminderte Beweglichkeit; keine Ulceration oder Zeichen von Neubildung. Verordnung von Jodkalium.

September 1895. Stimme nur noch flüsternd. Erhebliche Gewichtsabnahme. Die rechte Carotis pulsirt sichtbar und ist durch eine Geschwulst in der Tiefe des Halses nach vorne gedrängt. Gebrauch von Jodkali in gesteigerter Dosis.

December 1895. Drüsenschwellung geringer, Stimme stärker und Zunahme des Körpergewichts um mehrere Pfund.

Februar 1896. Seit September 14 Pfund zugenommen; Stimme deutlicher, aber noch heiser; Schwellung weicher und leichter beweglich.

März 1898. Wieder Gewichtsabnahme. Schluckbeschwerden bei flüssiger oder fester Nahrung; letztere wird regurgitirt. Die Geschwulst am Halse grösser und fester. Die Schlundsonde stösst auf ein Hinderniss in der Höhe des Manubrium sterni.

27. April 1899. Der Tumor wird entfernt durch eine Incision längs dem vorderen Rand des Sternocleidomastoideus von dem Thyreoidknorpel bis zur Articulatio sterno-clavicularis. Die Carotis und die Jugularis interna wurden nach rechts verdrängt. Der Tumor, der abgekapselt war, eine Cyste enthielt und sehr gefässreich war, comprimirte den Oesophagus und den rechten Recurrens. Der Zusammenhang mit der Schilddrüse konnte nicht nachgewiesen werden. Der Tumor war parathyreoider Natur. Die Genesung verlief ohne Störung und der Patient ist jetzt vollkommen gesund, abgesehen von einer unbedeutenden Heiserkeit.

Posthumus Meyjes (Amsterdam): Ein Fall von accessorischer Schilddrüse an der Zungenbasis.

Es handelt sich um eine junge Frau von 24 Jahren, die seit der Pubertät über ein Gefühl von Fremdkörper im Halse klagt und gelegentlich blutigen Schleim auswirft, wenn sie zur Bekämpfung des Reizes stark hustet.

Die Untersuchung ergiebt einen halbkugeligen Tumor an der rechten Seite der Zungenbasis, hinter den Papillae circumvallatae beginnend. Erweiterte Blutgefässe verlaufen auf dem Tumor, der glatt, fest und schmerzlos ist. Die normale Schilddrüse scheint an ihrem gewöhnlichen Sitz nicht vorhanden. Die Patientin verweigert die Operation und sogar die Probeincision.

Redner hält in diesem Fall den Ausdruck „accessorisch“ für richtig, da kein Zusammenhang mit der wirklichen Drüse nachweisbar ist.

Macleod Yearsley (Farringdon): Ueber die Anwendung von Nebennierenextract in der Rhinologie.

Der Autor verbreitet sich über die von Schäfer, Oliver und Cybulski

festgestellten physiologischen Wirkungen einschliesslich der wohlbekannten Contraction der peripherischen Arterien. Als locales Hämostaticum und Analgeticum in der Nasenchirurgie hat Müller (Texas) das Mittel gerühmt. Die gebräuchliche Lösung ist 0,1 : 10. Eine Lösung in dieser Stärke verursacht auf der Nasenschleimhaut deutlich wahrnehmbare Contraction und Ischämie, die $1/2$—2 Stunden andauert. Diese Eigenschaft macht das Mittel werthvoll für die Diagnostik, während die hämostatische und ischämische Wirkung bedeutsam wird für intranasale Operationen.

Eine wässerige Lösung des Extractes wurde ferner bei localer Anwendung wirksam befunden in Fällen von Heufieber, paroxysmalem Niesen und chronischer Rhinorrhoe.

Walker Downie (Glasgow): Syphilitische Ulcerationen der Trachea.

D. berichtet über 3 Fälle dieser seltenen Erkrankung.

Fall 1: 44jähr. Mann klagt über Husten, schleimige Expectorationen. Anfälle von Athemnoth seit 8 Monaten. Im Bett athmet er mit Leichtigkeit, aber nach jeder Anstrengung hat er Athembeschwerden und es tritt ein schnarchendes Athemgeräusch von regelmässigem Charakter synchron mit dem Pulse ein.

Die Untersuchung von Herz und Lungen ergab nichts Abnormes; es bestand keine Dysphagie, aber deutliches tracheales Klopfen. Anzeichen von tertiärer Syphilis waren nur in der Nase zu constatiren. Larynx und Stimme normal. Eine deutliche Verengerung der Trachea liess sich 1 Zoll oberhalb der Bifurcation wahrnehmen und hier pulsirte die Trachealwand. Die Expectoration war spärlich und selten mit Blut vermischt. Pat. wurde zeitweilig durch Jodkali gebessert, aber die Anfälle von Dyspnoe wurden häufiger und der Stridor wurde constant. Es wurde Bettruhe verordnet, aber der Stridor dauerte fort und es traten Erstickungsanfälle ein. Die Intubation und danach die Tracheotomie wurden ausgeführt, aber der Patient starb ohne Erleichterung 6 Stunden nach der Operation.

Obduction: Atheromatöse Aorta; an ihrer hinteren Wand unmittelbar hinter dem Ursprung der grossen Gefässe waren an einer weisslich aussehenden, Schillinggrossen Stelle Aorta und Trachea verwachsen. An der vorderen Seite der inneren Trachealwand war eine Ulceration sichtbar. Die Schleimhaut darüber war in der Ausdehnung von 2 Zoll ersetzt durch Narbengewebe, welches sich noch etwa 1 Zoll weit in die Bronchien erstreckte.

Fall 2: Mädchen von 17 Jahren. Leidet an rauher Stimme und Dyspnoe, letztere so ausgesprochen, dass die Tracheotomie vorgenommen wird, die einigermaassen Erleichterung gewährte. Die Canüle wird nach 6 Tagen entfernt, aber die Dyspnoe tritt wieder auf, so dass die Canüle wieder eingelegt wird. Die Dyspnoe wiederholt sich mit wechselnder Intensität. Larynxstenose wird constatirt, der Auswurf wird blutig (Druck der Trachealcanüle?).

Operation: Laryngotomie und Entfernung von zahlreichen Granulationen und von Narbengewebe aus dem Larynx. Eine Tube wurde von der Trachealwunde

zum Munde geführt und die Incisionswunde durch Nähte verschlossen. Zwei Wochen lang war die Athmung frei, dann begannen die Stenosensymptome wieder und der Larynx wurde mit der Macewen'schen Tube dilatirt. Die Patientin starb trotz erleichterter Athmung nach einem Hustenanfall am nächsten Tage.

Obduction: Im Larynx eine ausgedehnte Ulceration, die Trachea unterhalb contrahirt und ulcerirt in einer Ausdehnung von 3 cm. Die Contraction der unteren Partie ist sehr hochgradig.

Fall 3: Frau von 38 Jahren, klagt über Husten, Engigkeit auf der Brust und Athembeschwerden wechselnden Grades. Pat. leidet schwer an paroxysmaler Dyspnoe, begleitet von Stridor bei der Inspiration. Die Untersuchung ergiebt geringen Adductorenkrampf bei alternirender Lähmung der Adductoren. In einem Anfall von Dyspnoe wurde Pat. bleich und livid, wie wenn sie ersticken wollte. Keine Schluckbeschwerden; doch rief der Schluckact gelegentlich einen Respirationskrampf hervor. Erbrechen war häufig. Der Auswurf während des Hustens oft blutig tingirt. Der Krampf wurde leicht beseitigt durch Amylnitrit, Aether und Dampfinhalation. Temperatur überschritt nie 39° C. Pat. starb ruhig nach 3—5monatlicher Krankheit unter Gewichtsabnahme und hochgradiger Schwäche.

Obduction: Ein breites Ulcus nahm den unteren Theil der Trachea ein und verbreitete sich in die Hauptbronchi. Gerade über der Bifurcation umzieht das Ulcus fast die ganze Circumferenz der Trachea. Der Rand des Ulcus unterminirte überall die Schleimhaut. In der Leber fanden sich Gummata, in den Lungen isolirte Verdichtungsherde.

Der Husten und der blutige Auswurf lassen in solchen Fällen leicht eine Tuberculose diagnosticiren, während die plötzlichen Anfälle von Respirationsbeschwerden und das Athemgeräusch an Laryngismus stridulus denken lassen. Auch Aortenaneurysma und Mediastinaltumor werden leicht durch die Erscheinungen der syphilitischen Ulcera vorgetäuscht. Die Abwesenheit von syphilitischen Symptomen in der Nase, im Gaumen, Pharynx und Larynx in diesen Fällen kann leicht dazu verleiten, die wirklich vorhandenen Symptome auch nicht als syphilitische aufzufassen. Downe meint, dass die hereditäre Syphilis häufiger zur Ursache von Trachealgeschwüren wird als die erworbene.

Die Prognose ist ernst, da die Ulceration einen grossen Raum einnehmen kann und im Falle der Heilung eine Stenose verursacht, welche, wenn sie hochgradig ist, ausserhalb des Bereiches chirurgischer Angriffe stehen kann.

Gustav Spiess (Frankfurt a. M.): Diagnose und endonasale Behandlung des Stirnhöhlenempyemes.

Redner sagt, dass es 3 Methoden giebt, durch welche wir zu einer exacten Diagnose der Stirnhöhlenempyeme gelangen können.

1. Untersuchung der Nase — dieselbe giebt zuweilen einen Wink.
2. Exploratorische Ausspritzung durch die Nasenöffnung.
3. Exploratorische Punktion vom Naseninnern aus.

Er bespricht das Erscheinen von Eiter in der Nase, die Unsicherheit der Durchleuchtung und die Schwierigkeit einer Sicherheit darüber, ob der irrigirende

Katheter wirklich in den Sinus dringt. Um diese Schwierigkeit zu überwindeu, bedient S. sich der Röntgenstrahlen, die ihm die Einführung einer Sonde oder des Bohrers in den Frontalsinus von der Nase aus ermöglichen, indem die Lage des Instrumentes fortdauernd durch die Strahlen sichtbar bleibt.

Redner hat so 10 Fälle operirt ohne jegliche Hämorrhagie; er bedient sich stets der endonasalen Behandlung, bevor er die Operation von aussen ausführt.

Herbert Tilley.

---

b) American Laryngological Association.

21. Jahresversammlung, abgehalten zu Chicago. 22.—24. Mai 1899.

Präsident: W. E. Casselberry (Chicago).

1. Sitzungstag am 22. Mai (Vormittags).

Der Präsident eröffnet die Versammlung mit einer Ansprache, in welcher er betont, wie unerlässlich die Kenntniss der allgemeinen Medicin, der Hygiene, Klimatologie, Otologie u. s. w. für die Laryngologen ist.

J. W. Farlow (Boston): Beruht die sog. „American Voice“ auf einem Katarrh oder anderen pathologischen Zuständen der oberen Luftwege?

F. betont, dass die sog. Amerikanische Stimme durch einen besonderen nasalen Klang charakterisirt wird, welcher grundverschieden ist von den Stimmveränderungen, die wir bei pathologischen Zuständen in Larynx und Rachen beobachten.

Wir können zum Zweck des Studiums unsere Patienten in 3 Gruppen eintheilen: in solche im Alter unter 12 Jahren, solche zwischen 12 und 13 und solche über 13 Jahren. Bei der ersten Categorie ist das Näseln sehr gewöhnlich, aber die Krankheitserscheinungen, die man als Ursache derselben betrachtet, sind in diesem Lebensalter nicht besonders häufig. Bei der zweiten Gruppe sind die letzteren viel häufiger, aber die eigenthümliche Stimmveränderung ist seltener. Bei der dritten Categorie der Aelteren ist die Nasalstimme verhältnissmässig selten. Daraus geht hervor, dass die Nase allein für die Unterscheidung zwischen nasaler und nicht-nasaler Stimme nicht ausschlaggebend ist. Das Näseln bessert sich oft ohne specielle interne oder chirurgische Behandlung.

G. Hudson Makuen (Philadelphia) ist der Ansicht, dass, soweit ein anatomischer Factor in dieser Frage mitspielt, das Herabhängen des Gaumens während des Sprechens wahrscheinlich von primärer Bedeutung und von Einfluss auf die Schwingungen der tiefen Töne im Nasopharynx ist. Der Patient kann durch Vorhalten eines Spiegels bei offenem Munde lernen, seinen Levatores palati den richtigen Tonus zu geben.

John O. Roe (Rochester) lenkt die Aufmerksamkeit auf die Rolle der Nasen-

nebenhöhlen als Resonanzboden; ihre Grösse und Form modificire die Stimme sehr wesentlich.

Farlow spricht im Schlusswort seine Ansicht dahin aus, dass das Tieferstehen des weichen Gaumens oft die Folge des Nichtgebrauchs, aber nicht die Ursache der Nasalstimme ist. Das ursächliche Verhältniss ist kein primäres, sondern ein secundäres. Was den Einfluss der Sinus betrifft, so erinnert er daran, dass die Nasalstimme am häufigsten bei Kindern vorkommt, bei denen die Nebenhöhlen doch kaum völlig entwickelt sind.

James E. Newcomb (New-York): Adenocarcinom der Nase, mit Bericht über einen Fall.

Es handelt sich um eine Frau. Die Untersuchung ergab eine Anschwellung der linken mittleren Muschel mit polypöser Degeneration. In der Umgebung waren einige leicht blutende, fleischige Proliferationen, die entfernt wurden. Die pathologisch-anatomische Diagnose lautete auf Adenocarcinom. Redner berichtet über einen chirurgischen Eingriff, der in der beiderseitigen Ligatur der 8 Aeste der Art. carotis interna (mit Einschaltung eines entsprechenden zeitlichen Zwischenraums zwischen beiden Operationen) bestand und in der nachfolgenden Excision des ganzen Gefässstammes in der Absicht, die Geschwulst durch Unterbindung der ernährenden Gefässe zum Zerfall zu bringen.

J. L. Goodale (Boston) berichtet über einen 51jährigen Patienten, welchem seit einigen Jahren alljährlich Polypen aus der Nase entfernt wurden. Vor 5 Monaten stellte sich Exophthalmus ein, Schmerzen, Verstopfung der Nase. Das linke Nasenloch war mit zarten blutenden Massen angefüllt, die entfernt wurden; dieselben wiesen ein fibröses Stroma mit epithelialen Zellnestern auf. Es stellte sich ein Recidiv ein.

A. Coolidge jr. (Boston): Entfernung eines Fremdkörpers aus den Bronchien durch Eröffnung der Trachea.

Der Patient, ein junger Mann von 23 Jahren, war in früher Kindheit tracheotomirt worden und trug seitdem eine Canüle. Die letzte Canüle, die von Hartgummi war, hatte sich im Laufe der Zeit abgenutzt; in Folge dessen hatte sich die eigentliche Canüle von der Platte abgelöst und wurde inhalirt. Bei der Aufnahme des Pat. ins Spital nach 12 Stunden bestand heftiger Husten mit schwerer, lauter Athmung. Die Untersuchung mit Röntgenstrahlen fiel negativ aus. Der Patient wurde nun ätherisirt, auf den Rücken gelagert mit ausgestrecktem und nach rechts gedrehtem Kopf. Ein Urethroskop von $1/_2$ Zoll Weite und 3 Zoll Länge wurde (mit eingestelltem Stilet) eingeführt; das Stilet wurde zurückgezogen und das Speculum mühelos in die Trachea weiter vorgestossen bis 1 Zoll vor der Bifurcation. Dann wurde eine Zange durch das Speculum eingeführt und die Canüle damit entfernt ohne irgendwelche unangenehmen Zwischenfälle. Während der ganzen Operation ging die Athmung durch die Canüle vor sich. Auf die Trachealschleimhaut wurde Cocain applicirt, so dass keine störende Secretion statthatte; immerhin verursachte anfänglich der Husten einige Schwierigkeiten.

H. L. Swain (New Haven) berichtet über zwei ähnliche Fälle. Im einen wurde der Patient, der seit mehreren Monaten einen Nagel im Bronchus zu sitzen hatte, von einem Zug erfasst und bewusstlos zu Boden geschleudert. Als er wieder zu sich kam, befiel ihn ein heftiger Hustenanfall, der den Nagel herausbeförderte.

Roe ist zur Ueberzeugung gelangt, dass man einen Fremdkörper, wenn er keine weiteren Symptome verursacht, am besten ruhig liegen lässt, da er in der grössten Zahl der Fälle später ausgestossen wird.

De Roaldes ist der Ansicht, dass die Operation nicht aufgeschoben werden sollte. In 8 Fällen, die er selbst beobachtet hat, wurde der chirurgische Eingriff vorgenommen und der Fremdkörper in 7 Fällen beseitigt. Die tiefe Tracheotomie wird gemacht und der Bronchus gekitzelt, bis ein Reflexhusten eintritt, wobei die Ränder der Trachealwunde weit offen gehalten werden.

G. Hudson Makuen (Philadelphia): Vorstellung eines Falles von Stammeln mit Demonstration der Behandlungsmethode.

Das hauptsächliche Wesen dieser Störung liegt in einer spastischen Contraction der Gaumenmuskeln bei jedem Sprechversuch. Aus dieser resultirt ein plötzlicher Schluss der vom Verf. so genannten hinteren Palatolingualspalte. Die Häufigkeit und Dauer der Attaken sind verschieden. Sie stellen sich ganz unvermuthet ein, geben der Sprache einen ruckweisen Charakter oder unterbrechen sie zeitweilig ganz. Versuche, zu lesen, vermehren noch die Schwierigkeiten, und die Patienten scheinen zu Zeiten selbst unfähig, zusammenhängend zu denken. Bei dem vorgestellten Patienten betraf die nervöse Störung im Wesentlichen die Respiration und nicht die Pharynxmusculatur; der Spasmus der letzteren war secundärer Natur, hervorgerufen durch einen vom Respirations- und Vocalisationsmechanismus herstammenden Reflex. Die Stimmbildung beim Sprechen ermangelt der Promptheit. In diesem speciellen Fall, wo also die primäre Störung im Respirationsmechanismus lag, behandelte man direct die Nerven und Muskeln durch die Uebungstherapie. Die mangelhaft functionirenden Muskeln wurden ausgesucht und durch geeignete Uebungen zum richtigen Functioniren trainirt.

Am Schluss der Vormittagssitzung wurden folgende Präparate und Instrumente ausgestellt:

Farlow: Grosse Adenoide von einer 50jährigen Frau entfernt. Ausserdem eine Intranasalschiene.

Swain (für Thomas R. French-Brooklyn): Eine Postnasal-Zange, ein Mundsperrer und eine Modification von Bosworth's Nasenspeculum.

Coolidge: Eine Nasenschiene für Fälle von äusserer Verletzung; ferner ein Larynxapplicator nach Angaben von J. Payson Clark-Boston.

Casselberry: Eine Nasenschlinge.

Nachmittagssitzung.

M. R. Ward (Pittsburg): Septische Phlebitis mit Thrombus als Complication von Peritonsillarabscess. Mittheilung von 2 Fällen.

Im ersten Fall handelt es sich um eine Frau von 30 Jahren, welche vor 3 Wochen Schmerzen in der linken Tonsille verspürte; dieselben liessen nach und dann trat im Laufe von 3 Tagen ein Tumor an der rechten Seite des Halses auf mit rechtsseitiger Peritonsillitis, jedoch ohne nachweisliche Fluctuation. Die Cervicaldrüsen waren geschwollen und ebenso die Halsmuskeln; die Temperatur stieg auf 39° C. Bald machten sich Schmerzen in den unteren Abschnitten der rechten Lunge, unter Schüttelfrost und pyämischen Symptomen, bemerkbar. Unter der oberflächlichen Halsfascie trat Eiter auf. Ein Zusammenhang dieses Entzündungsherdes mit dem Peritonsillarabscess konnte nicht erwiesen werden. Die Pneumonie breitete sich aus und die Patientin starb am 9. Tag. Es fand sich ein Thrombus in der Vena jugularis interna, der sich bis zum Plexus tonsillaris erstreckte.

Im zweiten Fall handelte es sich um einen 42jährigen Deutschen, der 4 Stunden nach der Aufnahme ins Spital starb. Bei demselben bestand ein linksseitiger Peritonsillarabscess, der incidirt worden war; 2 Tage danach hatten sich die Symptome wieder eingestellt und gleichzeitig war Schüttelfrost aufgetreten und Zeichen beginnender Pyämie. Pat. war am 6. Tage der Krankheit gestorben. Bei der Autopsie ergab sich derselbe Befund wie im vorhergehenden Falle, ausserdem noch kleine multiple Abscesse in den Nieren.

A. W. Roaldes (New-Orleans): Fälle von chronischem Empyem der Highmorshöhle mit Operation nach Caldwell-Luc.

Es werden 5 Fälle mitgetheilt. In allen wurde radicale Heilung erreicht in 4—6 Wochen. In einem der Fälle findet zuweilen noch eine geringe Secretion am Eingang zum Sinus statt; aber diese wird auf eine alte Ethmoiderkrankung zurückgeführt, indem angenommen wird, dass der Eiter in den Sinus hineinsickert durch ein Loch in seiner nasalen Wand, das von einer alten Nekrose herrührt.

Makuen hat die Beobachtung gemacht, dass bei der Drainage des Antrums das Gravitationsgesetz scheinbar nicht eingehalten wird. Es scheint sich da um eine Art von Capillardrainage zu handeln, die bei nasaler Respiration zunimmt.

G. A. Leland (Boston) macht darauf aufmerksam, dass der Mensch nicht immer eine aufgerichtete Thierspecies war, und dass die Höhle im Liegen nach dem Gesetz der Schwere drainirt. Durch freie Drainage der natürlichen Oeffnungen kann Ausfluss oft dauernd beseitigt werden. Die Caldwell-Luc'sche Operation ist eigentlich eine Combination der Mikulicz'schen und der Jansen'schen.

J. L. Goodale: Acute eitrige Processe in den Tonsillen.

G. verbreitet sich über die ätiologische Beziehung von besonderen Bakterien

zu dieser Abscessform, über die Beziehung des Abscesses zur Peritonsillitis, seine prognostische Bedeutung und seine klinische Diagnose. Er spricht auch über die histologischen Veränderungen dieser Form von Tonsillarentzündung und bemerkt, dass Streptokokken dabei zahlreicher sind als Staphylokokken. Zwei seiner Intratonsillarabscesse waren von Peritonsillitis gefolgt. Alle wiesen die Anzeichen schwerer Infection auf, wie aus dem klinischen Verlauf, dem hohen Fieber und der Adenitis zu ersehen war. Die oberflächlichen Herde variirten nach Grösse und Zahl. Die fibrinöse Exsudation trat mehr hervor, wie bei einfacher proliferativer Tonsillitis. Zahlreiche polynucleäre neutrophile Leukocyten (Eiterzellen) wurden in den dem Tonsillengrund benachbarten Lymphbahnen gefunden. Die pyogene Infection der Follikel schien der der Krypten secundär zu folgen. In den beiden Peritonsillarfällen, die er beobachtete, war offenbar Eiter aus dem Abscess in die abführenden Lymphbahnen eingedrungen. Die Bedeutung dieser speciellen Erkrankung geht schon daraus hervor, dass acute pyogene Infection der Follikel zu Pyämie führen kann.

G. A. Leland (Boston): Peritonsillarabscess.

Redner ist der Ansicht, dass die gründliche Discision der Tonsille die beste Methode in diesen Fällen darstellt. Eine ausgiebige Incision soll bis auf den Grund geführt und dann mit sterilem Finger aller Eiter entfernt werden. Circumtonsillare Infection beruht auf Ausbreitung des Processes von den Lakunen aus in der Richtung des geringsten Widerstandes.

Thomas Hubbard (Toledo): Peritonsillarabscess mit Diphtherie. Mittheilung von 2 Fällen.

Im ersten Fall handelt es sich um einen 30jährigen Landwirth mit acuter Tonsillitis. Am 5. Tage trat ein rechtsseitiger Peritonsillarabscess auf und am nächsten Tag zeigten sich Pseudomembranen in der Trachea. Nach 18 Stunden trat der Tod durch Lungenödem ein. Im zweiten Fall tritt so recht die Launenhaftigkeit der Mischinfectionen hervor, indem die verschiedenen Glieder der Familie alle Grade der Halsentzündung von gewöhnlicher Angina bis zu schwerer Diphtherie aufwiesen.

F. C. Colb (Boston) zeigte eine Serie von Photographien, welche Wachsinjectionspräparate vom Pharyngo-Maxillarraum wiedergeben. Die Verbreitungswege des Injectionsmateriales waren dieselben wie die des Eiters in einem klinischen Fall.

Newcomb gedenkt eines Falles, der kürzlich von Sendziak berichtet wurde, in welchem nach Diphtherie multiple Abscesse im Tonsillargewebe auftraten und doppelseitige Antrumentzündungen. Auf eine Ruptur des Peritonsillarabscesses an der Zungenbasis folgte eine profuse Hämorrhagie.

T. Amory de Blois (Boston): Ein Fall von Lipom der Tonsille mit mikroskopischer Untersuchung.

Der Patient hatte eine Geschwulst in der Grösse einer Haselnuss, welche ihren Ursprung von der oberen Hälfte der linken Tonsille, anscheinend in einer

Krypte nahm. Der Tumor wurde mit der heissen Schlinge unter Cocain entfernt. Unter dem Mikroskop zeigt er eine zarte Gewebsstructur mit Fetteinlagerungen.

2. Sitzungstag am 23. Mai.

Discussion über die Beziehungen von Erkrankungen der Siebbeingegend der Nase zum Asthma.

Henry L. Swain (New Haven) besprach die Pathologie. Er erörterte die Frage, ob man die Erkrankung der Nase als Ursache oder als Folge des Asthmas betrachten solle, oder ob beide gemeinsam die Folge einer fehlerhaften constitutionellen Anlage darstellen und welche Rolle in diesem Falle dann die Nasenerkrankung spielt. Als Verbindungsglied zwischen beiden Affectionen ist ein vasomotorisches resp. nervöses Moment anzusehen. Die nächste Frage ist: was leitet die Anfälle ein und warum treten sie auf? Die verständlichste Ursache ist die Einathmung von direct irritirenden Stoffen in die Nase. In anderen Fällen, besonders wenn Polypen vorhanden sind, ist die Ursache des Reizes nicht so klar, zumal wenn sich die Anfälle jeden Tag um dieselbe Zeit einstellen. In einem Fall, den Verf. gesehen hat, genügte das Vertauschen eines Federkissens mit einem Rosshaarkissen, um eine Heilung herbeizuführen. Auf diese Weise hätten wir eine Ursache für die Nasenerkrankung klargestellt, dass nämlich gewisse Reize auf gewisse Nerven wirkend Congestion, chronische Entzündung mit Schwellung und wässrigem Ausfluss verursachen können. Dies führt zu einer Durchfeuchtung der Gewebe der mittleren Muschel, es entstehen ödematöse Hypertrophien, die sich später in Polypen umwandeln. Eine besondere Ueberempfindlichkeit der Nerven ermöglicht derartige Folgezustände. Dieselbe kann ererbt oder erworben sein. In jedem Fall scheint damit eine gewisse Zartheit oder Schlaffheit der Gefässwände und eine leichte vasomotorische Erregbarkeit Hand in Hand zu gehen und so die Anfälle zu verursachen, welche diesen Kranken ihre ganze Existenz vergiften. Diese Eigenthümlichkeit der Gefässwand beruht wohl auf besonderer neurotischer Anlage. Im Ganzen sind die ethmoidalen Veränderungen ödematöser Natur; bei atrophischen Zuständen ist Asthma selten. Die Veränderungen sind also hypertrophischen Charakters und in erster Linie auf die Mucosa beschränkt. In einer Reihe von 60 Asthmafällen bestand nur 3mal eine eitrige Ethmoidalaffection. Erkrankung des Knochengewebes ohne Eiterung kam nur 6 oder 8mal vor und war auf Polypenbildung zurückzuführen. — Die Frage ist, wie soll man die Entstehung der ödematösen Hypertrophie erklären? Natürlich giebt es viele Asthmatiker, die diesen Typus nasaler Erkrankung nicht aufweisen. Auch hier konnte oft durch intranasale Behandlung grosse Erleichterung gebracht werden. Solche Leute erkranken nach Excessen irgend welcher Art, nach Verschlimmerung eines Nierenleidens, nach rheumatischen Attacken, nach Eintritt der Menstruation. Aber stets kommt der Ausbruch des Leidens in den Bronchien durch vasomotorische Einflüsse zu Stande. Viele Fälle führen uns lange auf falsche Spur, bis später oft genug die Entdeckung irgend eines ätiologischen Momentes, das ganz ausserhalb der vermutheten Ursachen liegt, die vermisste Klarheit schafft. Gelegentlich genügt ein Ortswechsel und zwar ganz allein, um die Erkrankung zu heilen. Wir müssen

daraus offenbar schliessen, dass wir bei der Behandlung von Nasenerkrankungen, ob Asthma besteht oder nicht, unsere Achtsamkeit auch auf das, was ausserhalb der Nase liegt, ja auf die Umgebung der ganzen Person richten müssen, um die Ursachen des Leidens zu finden.

E. Fletcher Ingals (Chicago): Das klinische Bild der Erkrankung. Asthma in Verbindung mit Polypen ist nach I.'s Erfahrung nicht so häufig, als in Verbindung mit anderen Zuständen. Manche Personen bekommen einen asthmatischen Anfall, wenn sie reiten oder sich einem Stall nähern. In drei von seinen Fällen bezogen die Patienten ihre Athemstörung nur auf die eine Seite der Brust und wiesen einseitige Erkrankungen in der entsprechenden Nasenhälfte auf. Ein Patient erkrankte, wenn er im Erdgeschoss wohnte und war wesentlich erleichtert, wenn er im 6. Stock schlief. Ein Mädchen, das in einem bestimmten Hause befallen war, wurde gebessert, als es in ein Haus übersiedelte, das einige Strassen vom ersten entfernt war. Ein anderer Patient, der in einem Theil eines bestimmten Hauses immer leidend war, wurde dadurch erleichtert, dass er sein Schlafzimmer in einen anderen Theil desselben Hauses verlegte, der mit anderem Baumaterial erbaut war. Manche Personen sind in der Stadt leidend und fühlen sich auf dem Lande wohl.

F. H. Bosworth (New-York): Behandlung. Redner betont, dass die ganze Frage sich um die respiratorische Function der Nase dreht. Die Indication besteht vor allem darin, die Ethmoiditis zu heilen. Wir müssen den vermehrten intracellularen Druck herabsetzen und die erkrankten Knochenmassen zerstören. Die Entfernung der Polypen allein genügt nicht. Das eierschalenartige Siebbein muss blossgelegt werden und die hauptsächlichsten Berührungspunkte in der Nase müssen entfernt werden, da sie das Nasenlumen beeinträchtigen. Redn. hält die Curette, die Zange oder den Hohlmeissel nicht für genügend. Er bevorzugt die Anwendung kleiner abgerundeter, ovoider Stemmeisen. Man soll abstemmen, dann einhalten und das Stemmeisen als Sonde benutzen; dann wieder weiter abstemmen und zwar so lange, bis man vollkommen freie Drainage hergestellt hat. Mit diesem Vorgehen hatte Redn. nie schlechten Erfolg. Früher war er der Ansicht, dass, wenn Cocain die asthmatischen Beschwerden nicht erleichtert, eine intranasale Operation nutzlos sei, aber neuerdings hat er diese Anschauung etwas modificirt. Eitrige Erkrankung des Siebbeins verursacht kein Asthma, nur die entzündliche.

E. L. Shurly eröffnet die allgemeine Discussion und betont die Schwierigkeit einer Entscheidung in dieser Frage wegen der complicirten physiologischen Functionen des vasomotorischen Systems. Wir müssen noch weiter zurückgehen als auf die Ethmoiditis und die ödematöse Rhinitis. Kürzliche Untersuchungen haben die Existenz von feinen Nervenfasern erwiesen, die von den Gehirnnerven und spinalen Centren ausgehen, und in demselben Strang Bahnen von verschiedener Function führen. Bei verschiedenen Thieren und bei verschiedenen Individuen derselben Species ergaben sich Verschiedenheiten in der Anordnung dieser die Nervenstämme verbindenden Aeste. Diese anatomischen Verschiedenheiten können vielleicht die Verschiedenheiten bei den einzelnen Individuen erklären. Die Nase ist der Sitz des Geruchsinns, der freilich beim Menschen nur sehr rudi-

mentär entwickelt ist. Eine Hyperästhesie rührt vielleicht von einer Mangelhaftigkeit der Isolirung der verschiedenen sensorischen Fasern her. Wir müssen die Asthmafälle in solche eintheilen, welche auf localer Erkrankung und solche, welche auf psychischen Ursachen beruhen. Redn. glaubt nicht, dass wir die Bronchien nur als Luftwege betrachten dürfen. Es besteht vielmehr eine besondere Anordnung ihres adenoiden Gewebes, über die wir aber noch wenig unterrichtet sind. Die Cilien der Bronchien haben die wichtige Aufgabe, das Secret herauszubefördern. Nach seinen Beobachtungen ist das Asthma in der Mehrzahl der Fälle begleitet von sensiblen Störungen in der Nase.

J. N. Mackenzie ist der Ansicht, dass die primäre Ursache des Asthmas nicht in einem speciellen peripheren Organ, sondern im Individuum selbst gelegen ist. Nicht alle polypösen Degenerationen beruhen auf einer Ethmoidalerkrankung, wie sich sowohl durch klinische als auch pathologische Daten erweisen lässt. Bei der Behandlung dieser Fälle ist es nutzlos, mit der Curette Zeit zu verlieren. Die Zange und der Hohlmeissel sind von Vortheil. Oft ist es zweckmässig, den vorderen Theil der mittleren Muschel zu entfernen und das konnte mit der Schlinge leicht erreicht werden.

Makuen ist der Ansicht, dass das Asthma abhängig ist von einer fehlerhaften neuro-musculären Action, die ihren Ausgang von zahlreichen Ursachen nehmen kann.

Thomas Hubbard lenkt die Aufmerksamkeit auf die Theorie der Autointoxication, deren Bedeutung seiner Ansicht nach unterschätzt wird. Sie kann zweierlei Art sei, auf gastro-enteritischer Infection oder mangelhafter Elimination beruhen.

E. Hopkins (Springfield Mass.): Wiederwachsen der Tonsillen nach Excision. Ein Fall von Larynxhysterie.

Schlusssitzung am 24. Mai.

Die Sitzung wurde eröffnet mit einer Discussion über Hopkin's Vortrag über das Wiederwachsen der Tonsillen nach der Excision.

Farlow ist der Meinung, dass bei partieller Entfernung erkranktes Gewebe zurückbleiben kann, besonders von den unteren Partien des Organs, welche am härtesten sind. Die beständige Reibung mit der Zunge an dieser Stelle setzt einen Reiz, welcher zu einem Recidiv führen kann. Das gewöhnlich gebrauchte Instrument ist die Guillotine, aber ein ideales Instrument wäre nur eins, das in die Nische zwischen vorderem und hinterem Gaumenbogen eindringen würde. In vielen Fällen bevorzugt er Scheere und Messer.

Newcomb betont, dass bei Krankenhaus-Patienten Recidive dadurch begünstigt werden, dass sie wieder in dieselben schlechten Verhältnisse zurückkehren müssen, welche die Hauptrolle bei der Entwicklung der ursprünglichen Krankheit gespielt haben.

Woolen sagt, dass die Enucleation mit einer eigens dazu construirten Guillotine ausgeführt werden kann. Er bevorzugt dazu das französische Instrument ohne Gabel.

D. **Braden Kyle** betrachtet ein Tonsillen-Recidiv als etwas nicht Aussergewöhnliches. Es handelt sich dabei um eine gutartige Hyperplasie. Besonders die grosse weiche schwammige Tonsille neigt zu Recidiven. Recidive sind mehr Tumoren als Tonsillen und müssen als Adenome betrachtet werden.

Makuen besteht auf der Wichtigkeit der Ablösung der Gaumenbögen von den Tonsillen und hat zu diesem Zweck besondere Messer construirt.

E. **Fletcher-Ingals** (Chicago): **Fibrolipom der Zungenbasis.**

I. berichtet über einen Patienten, der Beschwerden beim Sprechen, Schlucken und Athmen hatte. Einige Zeit, bevor er in I.'s Beobachtung kam, war ein Eingriff mit der heissen Schlinge und der Scheere gemacht worden, der eine gewisse Erleichterung gebracht hatte. In den letzten zwei Monaten hatten sich die Symptome verschlimmert, insbesondere die Dyspnoe im Liegen. Bei der Untersuchung fand sich ein glatter Tumor mit injicirter Oberfläche im Laryngopharynx, der offenbar an den rechtsseitigen zwei Dritteln der Zunge und der rechten Pharynxwand festsass. Er schien fibröser Natur zu sein. Die Entfernung mit der kalten Schlinge (No. 5) wurde versucht, aber der Draht brach dreimal. Ein Uterusecraseur, mit Draht No. 8 armirt und besonders zurechtgebogen, erwies sich als zweckmässigeres Instrument. Bei der ersten Sitzung wurde eine 1 : $1^1/_4$ Zoll in ihren verschiedenen Durchmessern starke Masse entfernt und später noch mehrere kleinere Stückchen. Einige waren fibrös, andere lipomatös, andere von gemischtem Typus. Die Geschwulst ging von der rechten Seite der Epiglottis, der rechten Pharyngo-Epiglottisfalte, der rechten Pharynxseite und möglicher Weise der Zungenbasis aus; es bestand eine Adhäsion zwischen der Epiglottis, der rechten Seite des Pharynx und der Zungenbasis. Dieselbe verhinderte die Epiglottis am Abschluss des Larynx beim Schluckact, aber verursachte keine Schlingbeschwerden.

Woolen hat einen ähnlichen Fall beobachtet. Als die Operation versucht wurde, trat Athemstillstand ein. Nach der Wiederbelebung wurde ein abermaliger Versuch gemacht und grade als der Draht angezogen wurde, trat wieder Athemstillstand ein, diesmal mit tödtlichem Ausgang. Es war weder allgemeine Narkose, noch örtliche Anästhesie gemacht worden. Andernfalls würde man den Exitus allerwahrscheinlichst diesen zur Last gelegt haben.

D. **Braden Kyle** (Philadelphia): **Auf die Stirnhöhle beschränkte Eiterung mit Spontanruptur. Mittheilung eines Falles.**

Patientin wurde zum ersten Male im Januar 1898 untersucht. Ihre Klagen, die erst seit Kurzem bestanden, bezogen sich auf eine Schwellung am inneren linken Orbitalrand und auf profusen Nasenausfluss. Das Gesicht war auf der linken Seite geschwollen und es bestand daselbst eine gewisse Empfindlichkeit. Nach zwei Monaten war die Schwellung der Orbita beträchtlich gewachsen und schliesslich brach der Eiter mit einer Oeffnung an der Stirn durch, etwas links von der Medianlinie.

John O. **Roe** (Rochester): **Die Bedeutung der Septa und Taschen in der Highmorshöhle und ihre Berücksichtigung bei Operationen.**

Vier Gesichtspunkte sollen immer bei der Operation berücksichtigt werden:

Die Lage des Sinus; seine Grösse, Gestalt und Conformation; die Dicke seiner Wandungen; sein Verhältniss zu den Zahnwurzeln. R. demonstrirt eine Reihe von Schädeln, die zur Illustration dieser Gesichtspunkte eigens präparirt sind; desgleichen demonstrirt er einen Antrumsucher, der in einer biegsamen Drahtfeder mit Sondenspitze besteht; diese spielt in einer Röhre und kann aus derselben nach Einführung in das Antrum vorgestossen werden. Auf diese Weise kann man zu einer sehr genauen Vorstellung vom Innern der Höhle, sogar durch eine ganz kleine Oeffnung hindurch, gelangen.

Mackenzie ist nicht der Ansicht, dass das Septum bei Operationen am Sinus oft in Betracht kommt. Er operirt nur bei hochgradigster Entzündung. Ausserdem macht er darauf aufmerksam, dass das Ostium maxillare oberhalb und hinter seinem normalen Sitz gelegen sein kann. In solchen Fällen kommt dann der Eiter in dem Nasopharynx zum Vorschein. Politzern des Sinus durch das Ostium erleichtert oft die Schmerzen und setzt uns in den Stand, den genauen Sitz der Eiterung zu bestimmen. Bezüglich der Drainröhren ist M. der Ansicht, dass sie häufig Eitersecretion verursachen.

Roe sagt zum Schluss der Discussion, dass er zur Erweiterung der Oeffnung, die ins Antrum führt, lieber eine feine Säge einführt; der Hohlmeissel zersplittert oft den Knochen.

G. V. Woolen (Indianopolis): Ueber Erkältung.

Personen, die zu habitueller Erkältung neigen, haben häufig subnormale Temperaturen, zeitweilig bis zu 35° C. Sie weisen gewöhnlich auch einen guten Ernährungszustand auf, aber diese subnormale Temperatur kann immerhin vieles bei diesem undefinirbaren Zustand erklären. Eine Folge ihrer mangelhaften Körperwärme ist die mangelhafte Blutzusammensetzung, welche wahrscheinlich durch das vasomotorische System von Einfluss ist.

Goodale macht auf die Rolle der Mikroorganismen bei der sog. Erkältung aufmerksam. Sie entfalten ihre Wirksamkeit auf dem Wege der adenoiden oder lymphoiden Gewebe.

Bosworth ist der Ansicht, dass der Schnupfen meist viel zu rasch auftritt, als dass man seine Entstehung auf Mikroorganismen zurückführen dürfe. Die acute Rhinitis ist eine Aeusserung einer allgemeinen Störung. Die Regulirung der Hautfunction ist von grösster Bedeutung. Die Prophylaxe liegt in zweckmässiger Kleidung und kalten Bädern.

Frank Whitehill Hinkel (Buffallo): Bericht über die operative Behandlung einiger Fälle von Stirn- und Kieferhöhlenentzündung.

H. theilt die Krankengeschichten von einem Falle von Stirnhöhlenerkrankung und von 3 Fällen von Erkrankung des Antrum Highmori mit. Im ersten Falle handelt es sich um einen Mann, der im Februar 1898 an Influenza erkrankt war und starke Schmerzen über dem linken Auge, mit nachfolgendem eitrigen Ausfluss aus der linken Nase bekam. Die Untersuchung ergiebt eine Erkrankung der Stirn- und Kieferhöhle. Die Alveole wurde eröffnet und Irrigationen gemacht, welche den Ausfluss aus der Nase nahezu — wenn auch nicht gänzlich — auf-

hoben. Einige Wochen später klagte Patient über Zunahme der Erscheinungen an der linken Stirngegend, und die Eröffnung des Sinus wurde vorgeschlagen. Dieselbe wurde im Januar 1899 vorgenommen, und der Sinus fand sich mit grünlichem Eiter erfüllt. Er wurde gründlich irrigirt und seine Wandungen curettirt. Der Frontonasalcanal wurde erweitert und ein Streifen von Jodoformgaze durch das erweiterte Infundibulum hindurch in die Nasenhöhle eingeführt, wie es Bryan vorgeschlagen hat. Die äussere Wunde wurde durch Seidennähte geschlossen, und darüber ein Watteverband mit Binde angelegt. Der Drain wurde am dritten Tag herausgenommen und die Nadeln am 6. Tag entfernt. Die Heilung verlief glatt und der Patient blieb dauernd gesund. Die hauptsächlich interessirenden Punkte sind die Maskirung des primären Stirnhöhlenempyemes durch die Symptome des secundären Antrumabscesses, die Hartnäckigkeit des Ausflusses aus dem Antrum trotz Drainage und Reinigung, sowie sein unmittelbares Verschwinden nach der Drainage der Stirnhöhle.

H. berichtet fernerhin über 3 Fälle von Antrumerkrankung. Er befolgte die Caldwell-Luc'sche Methode, die de Roaldes in seinem Vortrag auseinander gesetzt hat. Er fand, dass die Hämorrhagie, welche sich an die gingivo-labiale Incision anschloss, durch die Injection einer 1proc. Cocainlösung unter die Mucosa in dem Augenblick der Application gestillt wird. In einem Fall, in welchem das Antrum durch eine unterhalb der unteren Muschel eingelegte Canüle behandelt wurde, konnte er die bei Eröffnung des Antrums auftretende profuse Blutung stillen durch Injectionen von 4 ccm Suprarenalextractlösung in das Antrum. Die Beschränkung dieser Operation und die Auswahl der geeigneten Fälle würde sehr erleichtert werden durch zahlreichere Mittheilung der erzielten Resultate, seien sie erfolgreich oder nicht. Hinkel sieht in der Einführung der Drainröhre die allerschwierigste Procedur bei der Operation. Zur Erleichterung derselben hat er sich eine Art Bellocq'scher Röhre construirt. Wenn man diese in die Nase einführt mit der Spitze nach oben und vorn und in das Antrum gelangt, so kann man auf diese Weise leicht die Ligatur anbringen, an welcher die Drainröhre oder der Gazestreifen festgeheftet ist und durch die Oeffnung in der Nasenwand und das Nasenloch herausgeführt wird. Die Naht der gingivolabialen Incision hält H. nicht für nöthig. Es ist schwer zu verhindern, dass die bereits gelegten Nähte bei der letzten Nadel wieder ausreissen wegen der Art und Weise wie die Nähte angezogen werden müssen, um die Wundränder zu schliessen; dieselben halten gut auch ohne Nähte, da sie nicht viel bewegt werden. Die Wunde braucht nicht alterirt zu werden, wenn der Patient mit flüssiger Nahrung gefüttert wird und darauf Bedacht nimmt, mit der entgegengesetzten Seite des Mundes zu essen und heftiges Schnauben durch die Nase zu vermeiden. Unter diesen Vorsichtsmaassregeln tritt leicht Heilung ein, wie aus den berichteten Fällen hervorgeht.

Die nächste Versammlung der Gesellschaft soll in Washington stattfinden in Gemeinschaft mit dem dreijährigen Congress der Gesellschaft amerikanischer Aerzte.

In das Comité für das folgende Jahr werden gewählt: Vorsitzender: Dr.

Samuel Johnston (Baltimore); 1. Vicepräsident: Dr. T. Amory de Blois (Boston); 2. Vicepräsident: Dr. Moreau Brown (Chicago); Secretär und Schatzmeister: Dr. Henry L. Swain (New-Haven); Bibliothekar: Dr. J. H. Bryan (Washington); Mitglied des Councils: Dr. William E. Casselberry (Chicago).

Emil Mayer.

---

c) Verhandlungen der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Aerzte.

72. Versammlung zu Aachen.

Vereinigte Abtheilungen für Ohren- und für Kehlkopfkrankheiten.

Einführender: Schmithuisen.
Schriftführer: Lieven und Dremmen.

Erste Sitzung am 17. September 1900, Nachmittags.

Vorsitzender: Hopmann (Köln a. Rhein).

Nach einigen einleitenden Worten des Einführenden, der historischen und balneologischen Bedeutung des diesjährigen Versammlungsortes, sowie der Begrüssung der Theilnehmer gewidmet, werden folgende Vorträge gehalten:

1. Lieven (Aachen): Ueber tertiäre Zungensyphilis mit Krankenvorstellung und Demonstration von Photographien.

Die Bilder geben drei Formen von Spätlues wieder, und zwar auf der Höhe ihrer Entwickelung, während der Vortragende in der Lage ist, den nunmehr geheilten Patienten selbst vorzustellen. Auch jetzt ist an dessen Zunge noch jede der nachstehenden Formen in ihrem typischen Ausgange erkennbar: 1. Glossitis gummosa circumscripta profunda, 2. Glossitis sclero-gummosa profunda und 3. Glossitis gummosa superficialis.

Die besondere Eigenart des Falles bestand einmal in der nur wenig nachhaltigen Wirkung des Quecksilbers, sowie in der merkwürdigen Reaction auf Jod, indem letzteres jedesmal einen rapiden geschwürigen Zerfall gummös infiltrirter Stellen der Mucosa oris bedingte. Der jetzige Zustand wurde durch Hg-freies Decoctum Sarsaparillae erzielt und besteht die Heilung bereits über ein Jahr!

Discussion:

Hopmann (Köln) sah einen ähnlichen von ihm als „Glossitis hypertrophicans papillaris specifica“ bezeichneten Fall, in welchem die ganze Zunge von der Spitze bis zu den Valleculae mit pilzförmigen „Warzen“ besetzt war.

An der Discussion nehmen ferner Theil: Fischenich (Wiesbaden), Koll (Aachen), Hopmann (Köln). Sie pflichten der Ansicht des Vortragenden bei, dass es sich im vorliegenden Falle um eine Idiosynkrasie gegen Jod in der Weise gehandelt habe, dass die zur Einleitung der Resorption der specifischen Neoplas-

men erforderliche Hyperämie, statt sich in den Grenzen einer wohlthätigen, reparativen Thätigkeit zu halten, excessiv, entzündlich und somit die Ursache der Gewebsschmelzung geworden sei.

2. Lieven (Aachen): Ueber mercurielle Stomatitis.

L. erkennt dem quecksilberhaltigen Speichel keine ätiologische Bedeutung für die Entstehung einer Stomatitis zu. Er hält die Stomatitis für das Primäre, durch welche die Salivation reflectorisch erzeugt werde und weist auf die Betung der Lanz'schen Versuche für diese Theorie hin. Einseitige Stomatitis merc. werde meist durch Ausschaltung einer Seite beim Kauact bedingt. Der aus gleicher Ursache entstehende Zahnstein sei ein Heilungshinderniss und selbst von ganz gelockerten Zähnen zu beseitigen. L. weist auf die Neigung der mercuriell erkrankten Schleimhaut zu Blutungen hin. In einem Falle, wo letztere im Zahnfleische ihren Ursprung hatte, glaubte die Umgebung an Hämoptoe. Ferner hat L. öfters mächtige Mandelpfröpfe neben St. m. gesehen; er nimmt einen der Nekrotisirung des Mundepithels analogen Process als Ursache dieser Erscheinung an. Therapeutisch empfiehlt L. vorsichtige Application concentrirter Chromsäurelösungen, event. mit nachfolgender Lapisätzung (nach Boeck), wodurch ein festhaftender rother Schorf von Chromsilber entstehe.

Zweite Sitzung am 18. September 1900, Vormittags.

Vorsitzender: Braun (Triest).

Es wurden folgende Vorträge gehalten:

1. Schmithuisen (Aachen): Mercurielle Erscheinungen im Halse.

Sch. bedauert die geringe Kenntniss der mercuriellen Halserscheinungen gegenüber der Thatsache, dass die Stomatitis gleicher Aetiologie von Alters her bekannt und beschrieben sei. Die „isolirte Pharynxhydrargyrose" beginnt „unter den Papillae circumvallatae, auf und unter den Schleimhautknötchen der Schleimdrüsen und der Zungentonsille unter dem Bilde eines anfänglich dunklen, matten Flecks, der sich bald mit weissem Belag überzieht und dessen Farbenton allmälig ins Graulich-Gelbe übergeht". Zeitlich gehen diese Flecken einer etwaigen Stomatitis voraus.

Sch. hebt nach seinen Erfahrungen als diagnostisch wichtig folgende Eigenthümlichkeiten hervor, welche gestatten, insbesondere Plaques muqueuses von den Hg-Flecken zu differenziren: erstens die Localisation im unteren Pharynxraum, zweitens die sofortige Exacerbation der Beschwerden nach Fortsetzung der Hg-Therapie.

„Immerhin giebt es Fälle, in denen eine Diagnose längere Zeit nicht zu stellen ist."

In der Discussion bemerkt

Hopmann (Köln), dass er isolirte Pharynxhydrargyrosen niemals, dagegen gleichzeitiges Befallensein von Zunge und Wange öfters beobachtet habe.

Fischenich (Wiesbaden) hält die Aetiologie mercurieller Schleimhautmanifesationen für wenig geklärt. Jedenfalls habe er selbst, entgegen allen üblichen Anschauungen, mehrfach bei solchen Kranken, die nur noch traurige Gebissreste hatten, jede entzündliche Erscheinung vermisst.

2. Braun (Triest): Vibrationsmassage der oberen Luftwege mittelst Sonden, demonstrirt an Kranken.

Der Vortrag hat, neben eingehender Behandlung der von B. bereits mehrfach auf Congressen niedergelegten Indicationen, hauptsächlich den Zweck, die Technik der von B. seit vielen Jahren geübten Therapie vorzuführen.

3. Schmidthuisen (Aachen): Vorstellung von Kranken mit typischen Nasenrachenpolypen und Demonstration der Nasenrachenverhältnisse von Personen, die durch Elektrolyse geheilt wurden.

Sch. vollzieht die Operation, indem er den Polypen recht hoch mit der Schlinge fasst, diese alsdann elektrolytisch ca. 25 Minuten wirken lässt, um sie alsdann mit dem Galvanokauter zu verbinden. Der Tumor fällt bei diesem jeder Blutung entbehrenden Verfahren stets glatt ab. Den Stumpf, resp. sonstige Fortsätze behandelt Sch. mittelst Elektrolyse „durch die Nase"; die letzten Reste schwinden stets von selbst mit der Entwickelung der immer in der Pubertätsperiode befindlichen Kranken.

Discussion:

Hopmann pflichtet dem Vortragenden bei, dass die grossen präliminaren Eingriffe der Chirurgen, wie die temporäre Oberkieferresection etc., durch die modernen operativen Methoden überflüssig geworden seien. Er selbst entfernt die typischen Nasenrachenpolypen in der Narkose mit Scheere und Raspatorium, wobei er das Velum durch seinen sog. Velitractor nach vorne zieht und in dieser Stellung fixirt. Der Velitractor besteht in zwei durch beide Nasenlöcher ein- und um das Velum nach vorn herum geführten Gummischläuchen, welche auf der Oberlippe durch eine Klammer vereinigt werden. Durch seine Methode seien die ständigen lebensgefährlichen Blutungen mit einem Schlage beseitigt, weshalb er dieselbe trotz des allerdings starken Blutverlustes während der Operation dem weniger energischen Verfahren S.'s vorziehe.

Schmithuisen hebt es dagegen als gerade seiner Methode eigenthümlich hervor, dass die Blutungen sofort sistirten. Auch die Entfernung eines nur kleinen Stückes habe diesen Effect, da damit die Compression der Geschwulst durch die knöchernen Wandungen aufhörte, da sie ja allein durch Stauung des venösen Abflusses die Blutungen unterhielte.

4. Schmidthuisen (Aachen): Ueber syphilitische Nekrose des Nasenbodens.

Sch. bohrt bei festhaftenden grossen Sequestern des Nasenbodens mit der Trephine Löcher in den todten Boden. Hierdurch wurde stets der Knochen in seinen Verbindungen locker und konnte dann leicht instrumentell entfernt werden.

5. **Lieven** (Aachen): **Zur Therapie der syphilitischen Nekrose des harten Gaumens.**

Es giebt zwei Formen gummöser Erkrankung des Palatum durum, welche beide zur Perforation tendiren: eine primäre, auf der Mundseite beginnende, eine secundäre von der Nase und zwar zumeist vom Septum ausgehende Form. Beide treten meist genau in der Raphe auf. Die zweite Form ist die bedenklichere, weil am raschesten zur Perforation führende.

Bei offen liegendem Sequester empfiehlt L. operative Entfernung, eventuell nach vorheriger Lockerung in der Weise, dass ein starker Haken in eine ausgebohrte Delle gesetzt und damit 1—2mal täglich starke Rüttelbewegungen vorgenommen werden. Schnitte in die Schleimhaut sind zu vermeiden, vielmehr ist peinliches Sauberhalten und möglichst Entfernung durch die vorhandene Oeffnung resp. die Nase stets indicirt. Die Beschwerden der Communication von Mund und Nase werden anfänglich durch einen kleinen Wattebausch, 2 Monate nach völliger Vernarbung durch eine Kautschukprothese und 6 Monate danach durch operativen Verschluss gehoben (falls ohne Specifica Recidive nicht eingetreten sind).

Dritte Sitzung am 18. September, Nachmittags.

Vorsitzender: **Schmithuisen.**

Folgende Vorträge wurden gehalten:

1. **Lieven** (Aachen): **Ueber Leukoplakia buccalis. (Mit Krankenvorstellung.)**

L. demonstrirt Fälle typischer Leukoplakie bei Rauchern. Die These L.'s, dass bei der Leukoplakie katarrhalischen Ursprungs (nicht mercuriellen oder specifischen) stets der bei geöffnetem Munde zwischen den Zähnen sichtbare Wangentheil verändert ist, während die von den Zähnen bedeckte Schleimhaut normal erscheint, wird durch die vorgestellten Fälle bestätigt. L. erklärt diesen eigenartigen Befund durch eine auf den genannten dreieckigen Schleimhautabschnitt beschränkte Hyperämie, die sich allmälig zur Entzündung und Epithelproliferation steigere. Der Rauchact ist nach L. die Ursache dieses Vorganges, indem bei jedem Zug an der Pfeife etc. der betreffende Schleimhautabschnitt in den Spalt zwischen den Zahnreihen hineingesogen wird. Dabei strömt auch eine grössere Blutmenge dem luftverdünnten Raume zu, ein Vorgang, der bei eifrigen Rauchern chronisch und damit zur Ursache der genannten Störungen wird.

2. **Hofmann** (Dresden): **Ueber einen Fall von Bronchitis fibrinosa.**

H. demonstrirt ein Gerinnsel, welches von einem an Bronchitis erkrankten Patienten ausgehustet worden war. Dasselbe stellte ein sehr schönes Negativ der feineren Luftwege dar. Einige mikroskopische Präparate beweisen den Fibrincharakter des expectorirten Gebildes.

3. **Eichhorn** (Coburg): **Zur Bacteriologie der Sinusthrombose.**

E. fand bei zwei von ihm operirten Fällen von Sinusthrombose im Inhalt

des Sinus sowohl, als auch in dem der Jugularvene ausser Staphylokokken und Diplokokken eine Stäbchenart, welche sich durch Cultur und Thierversuch als Anaërobe charakterisirten und als Bacillen des malignen Oedems erkannt wurden.

Die Untersuchung eines entfernten Jugularisstückes ergab stellenweise hämorrhagisches Oedem der Wandung mit Hämosiderinpigment. Redner hebt die ausserordentliche Virulenz der Mischinfectionen durch Aërobe nnd Anaërobe hervor.

4. Fischenich (Wiesbaden): Ueber Syphilis des Nasenrachenraumes.

F. glaubt betonen zu müssen, dass die „isolirte Lues des Nasopharynx" eine den Specialisten noch relativ unbekannte Affection sei. Er schildert unter Wiedergabe zahlreicher persönlicher Beobachtungen die klinischen Symptome, wie sie in den neueren Publicationen niedergelegt sind.

An der Discussion betheiligen sich Hopmann, Lieven und Schmithuisen. Hopmann verwahrt die Laryngologen gegen die Behauptung, dass ihnen die von F. beschriebene Affection wenig bekannt sein sollte, da ausser ihm zahlreiche Autoren, von denen er nur Gerber und O. Seifert nenne, das klinische Bild der isolirten Nasenrachenlues beschrieben hätten, während Lieven unter den vom Vortragenden beschriebenen Ausgängen dieser Luesmanifestation die Erwähnung jener gefährlichen Blutungen vermisst, wie sie von Mackenzie, Landrieux und Raulin theils aus der Art. vertebralis, theils aus der Carotis beobachtet worden seien.

Schmithuisen hat nicht selten die Keilbeinhöhle bei Nasenrachenlues mit erkranken sehen.

A. Lieven (Aachen).

III. Briefkasten.

Eine Berichtigung.

Von Prof. Dr. H. Krause (Berlin).

Berlin N.W., den 1. Februar 1901.
Kronprinzen-Ufer 20.

Sir Felix Semon
Herausgeber des Internationalen Centralblatts für Laryngologie etc.
London.

Geehrter Herr!

Die Februarnummer des Centralblattes bringt in einem Referat über den XIII. Internationalen med. Congress meinen Namen in Verbindung mit einem Vortrage, den ich dort gehalten hätte. Ich würde von der Sache kein Aufheben machen — trotz meiner Nichttheilnahme am Congresse — wenn der Berichterstatter mir nicht Worte („einer dicken pachydermischen Bekleidung, die den fibrösen Kern zusammendrückt und endlich seine Atrophie verursacht") in den Mund legte, die ich nirgends geschrieben oder gesprochen habe, und die keinen Sinn haben. Nur aus diesem Grunde sehe ich mich veranlasst das höfliche Ersuchen an Sie zu richten, Sie möchten in der nächsten Nummer des Centralblattes dieses Referat gefälligst berichtigen.

Im Voraus bestens dankend bin ich, geehrter Herr, Ihr ergebenster

H. Krause.

(Wir glauben dem Wunsche des Herrn Einsenders am besten durch Abdruck seines Briefes zu entsprechen. Red.)

Druck von L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XVII. Berlin, April. 1901. No. 4.

I. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals etc.

1) **Arlando B. Douglas. Vergangenheit und Gegenwart in der Laryngologie. (The past and present of laryngology.)** *Laryngoscope. März 1900.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

2) **Lewis S. Somers. Fortschritte der Laryngologie. (The progress of laryngology.)** *Pennsylvania Med. Journal. Mai 1900.*

Eine Uebersicht über die neueren Fortschritte unseres Specialfachs.

EMIL MAYER.

3) **W. F. Bogess. Acutes Drüsenfieber. (Acute glandular fever.)** *Archives of pediatrics. Juni 1900.*

Unter dieser Ueberschrift beschreibt Verf. eine specifische Infection, die sich durch fieberhafte Erkrankung, begleitet von schmerzhafter Schwellung der Lymphdrüsen, charakterisirt. Dabei bestehen Schmerzen in den Gelenken, Milz- und Leberschwellung, gastrointestinale Symptome und Nausea. EMIL MAYER.

4) **H. Morestin. Prälaryngealer kalter Abscess ausgehend von den Lymphdrüsen. (Abscès froid prélaryngé d'origine ganglionnaire.)** *Gaz. des hôpit. 18. October 1900.*

Verf. berichtet von 4 Fällen von kaltem Abscess, die ihren Ursprung nahmen von der Drüse, welche Billaux und Soirier vor der Membrana crico-thyreoidea beschrieben haben.

Der erste Kranke (18 Jahre alt), hatte schon zwei Monate vor seinem Eintritt ins Spital einen kleinen rundlichen Tumor vorne am Halse entdeckt. Mässige Schmerzen, allmälige Vergrösserung der Geschwulst über den ganzen Larynx, Bildung eines zweiten kleineren seitlichen Tumors, beide mit deutlichen Zeichen von Fluctuation und den charakteristischen Eigenschaften eines kalten Abscesses.

Keine Symptome von Seiten des Larynx. — Incision, Ausschabung, Naht und Heilung. Der Abscesseiter wird auf ein Meerschweinchen überimpft; dasselbe wird tuberculös. — Bei dem zweiten Kranken war der kalte Abscess von vorgeschrittenen tuberculösen Veränderungen der Lunge begleitet. Der Kranke wurde operirt und starb bald nachher an den Fortschritten seiner Phthise. Bei der Obduction bot der Larynx makroskopisch keinerlei pathologische Veränderungen dar, während die Lungen mit Tuberkeln und Cavernen durchsetzt waren.

Bei dem 3. Patienten, einem jugendlichen Individuum mit Scrophulose und multiplen Lymphdrüsenschwellungen, konnte Verf. auch eine praelaryngeale Drüsenschwellung nachweisen.

Bei dem 4. Kranken endlich, der an Malum Pottii und entzündlichem Abscess litt, fanden sich Narben am Halse von einer früheren Eiterung, die in der Folge eines praelaryngealen Abscesses aufgetreten war.

Verf. bespricht die Diagnose dieser kalten Abscesse und ihre Beziehungen zu pathologischen Veränderungen am Larynx. Er befürwortet die chirurgische Intervention durch Eröffnung und Ausschabung der Abscesshöhle als einzige zweckmässige Massnahme in solchen Fällen.

A. CARTAZ.

5) **T. A. Sutcliffe. Fibrom am Halse. (Fibroma af the neck.)** *Amer. Journal of Surgery and Gynecology. Mai 1900.*

Die Geschwulst bestand bei dem 12jähr. Mädchen schon einige Jahre, und vergrösserte sich beständig. Bei der Entfernung fand sich, dass sie von der tiefen Halsfascie entsprang. Sie wog 2 Pfd.

EMIL MAYER.

6) **J. W. Smith. Ein Fall von multiplen malignen Lymphomen. Hodgkin'sche Krankheit. (A case of multiple malignant lymphoma. Hodgkin's disease.)** *Medical Review. 2. Juni 1900.*

In dem mitgetheilten Fall wurde zuerst auf der einen und dann auf der anderen Halsseite die Operation vorgenommen. Pat. war erheblich erleichtert und wesentlich gebessert.

EMIL MAYER.

7) **Leven. Branchiales Epitheliom des Halses. (Epithélioma branchial du cou.)** *Société anatomique. 2. März 1900.*

Der Tumor entsprach dem von Volkmann unter dem Namen branchiogenes Carcinom beschriebenen Typus.

Es handelte sich um ein Epitheliom, mit Einlagerung von Epidermiskugeln, auf Kosten von Epithelkeimen, die im Mesoderm seit der Entwicklung der Kiemenbogen eingeschlossen waren.

PAUL RAUGÉ.

8) **A. Boiadjieff. Soor beim Kinde. (Du muguet chez l'enfant.)** *Thèse de Montpellier. 1899.*

Die Theorie von der Acidität im Munde (Gubler) genügt nicht mehr, um die Pathogenese der Erkrankung zu erklären. Man nimmt heute an, dass verschiedene Ursachen das Terrain für die Entwicklung des Oïdium albicans vorbereiten, indem sie die Schleimhaut congestioniren und ihres Epithels berauben. Die Ursachen sind folgende:

a) die Dentition,
b) traumatische Einflüsse (Saugflasche, mangelhafte Form der Brustwarze bei der Nährenden),
c) fehlerhafte Ernährung,
d) schlechter Allgemeinzustand (Athrepsie, physiologische Mängel).

Als Symptome sind aufzufassen, beständiges Kauen, Vorstrecken der Zunge aus dem Munde, Zurückweisen der Brust, Erbrechen, grüne Stühle.

Als Behandlung empfiehlt B.:

1. hygienische Massregeln: Muttermilch, Entfernung der Saugflasche.
2. alkalische Waschungen.

PAUL RAUGÉ.

9) **Cattaërt** (Lille). **Therapie des Soors. (Thérapeutique du muguet.)** *Société de Biologie. 26. Mai 1900.*

Naphthol, mit gleichzeitiger Anwendung von Alkalien, scheint nach den Beobachtungen C.'s die wirksamste Antisepsis bei der Soorbehandlung darzustellen.

PAUL RAUGÉ.

10) **St. Zavadzki. Ueber das Gurgeln des Rachens. (O plukaniach gardta.)** *Gazeta lekarska. No. 42. 1900.*

Auf experimentellem Wege, speciell durch Versuche an sich selbst, kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1. Die beim Gurgeln benutzte Flüssigkeit reicht nur bis zu den vorderen Gaumenbögen und erreicht niemals die hintere Pharynxwand.

2. Die Flüssigkeit erreicht die Mandeln nur ausnahmsweise in geringer Quantität und zwar bei stark nach hinten gestrecktem Kopfe. — Auf Grund dieser Erfahrungen kommt Verf. zum Schlusse, dass die verschiedenen Arten von Gurgeln günstig wirken können nur bei den krankhaften Veränderungen des Pharynx, welche sich auf die vorderen Gaumenbögen und die Uvula beschränken. Bei der Localisation der Krankheit hinter den Gaumenbögen erweist sich das Gurgeln als gänzlich zwecklos (? Ref.).

A. SOKOLOWSKI.

b. Nase und Nasenrachenraum.

11) **Haton. Der Nasenverschluss. (L'obstruction nasale.)** *Arch. Méd. Belges. October 1900.*

Uebersichtsartikel über die diesbezügliche Literatur; bringt für den Leser dieser Zeitschrift nichts Neues.

BAYER.

12) **F. R. Reynolds. Unmittelbare und entfernte Folgen der Nasenverstopfung. (Immediate and remote effects of nasal obstruction.)** *The Medicale Age. 25. Januar 1900.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

13) **T. Lawton Hiers. Verstopfung der Nase und ihre Folgen. (Nasal obstruction and its influence.)** *Georgia Journal of Medicine and Surgery. Februar 1900.*

Verf. empfiehlt gründliche Untersuchung der Nase in allen Ohr- und Halsaffectionen.

EMIL MAYER.

14) **Roth. Ueber die Anwendung des sog. Nasenöffners bei behinderter Athmung.** *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 12. 1900.*

Besprechung und Begründung der Vortheile dieses uns Allen bekannten, von Schmidt veranlassten und von Feldbausch construirten Instrumentchens. Es wird namentlich auch den Bergsteigern und Velisten — vielleicht auch den Tänzern? — empfohlen.

JONQUIÈRE.

15) **Leopold Cauveau. Obstruction der Nase beim Neugeborenen. (Nasal obstruction in the new-born.)** *N. Y. Med. Record. 28. April 1900.*

C. bespricht die verschiedenen Ursachen erschwerter Athmung bei Kindern: oberflächliche Läsionen am Naseneingang; acute Coryza; Coryza bei Eruptionsfiebern; pseudo-membranöse Coryza; dieselbe verursacht durch Fremdkörper; syphilitische Coryza; adenoide Vegetationen; Retropharyngealabscess; congenitaler Verschluss. Die Unterscheidung syphilitischer und nicht syphilitischer Formen ist von grosser Wichtigkeit.

LEFFERTS.

16) **Alex. Baurowicz** (Krakau). **Angeborener doppelseitiger Verschluss der Choanen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XI. 1. p. 150. 1900.*

B. beobachtete bei einem 22jährigen Menschen beiderseitigen knöchernen Verschluss der Choanen, rechts genau im Niveau des Randes der Choane, links dagegen schief, so dass der freie Rand des Septums von dieser Seite genau zu sehen war. Der Patient, der wenig Beschwerden von seinen Leiden hatte, wurde durch Ausbrechen der knöchernen Wände mit der Zange geheilt. B. betont, dass der Gaumen regelmässig und normal gewölbt war. Der Eintheilung der angeborenen Choanalatresien in intranasale, marginale und retronasale stimmt er nicht bei; besonders die letztere lässt er nicht gelten.

F. KLEMPERER.

17) **P. Hellat. Demonstration eines Nasensteines.** Russ. chirurg. Gesellschaft. *Wratsch. No. 24. 1900.*

Die Patientin litt an beständigen Kopfschmerzen. Die Nase war durch eine Deviation in 2 Etagen getheilt. In der oberen war der Stein. Ausserdem litt die 25jährige Patientin noch an Adenoidwucherungen. Durch die Entfernung des Steines und der adenoiden Wucherungen wurde die Patientin vollständig hergestellt.

Autoreferat.

18) **Schäfer** (Blankenhain). **Ueber einen Fall von Rhinolith.** *Corresp.-Blätter d. allg. ärztl. Ver. v. Thüringen. 7. 1900.*

Einem 33jährigen Manne wurde aus der linken Nase ein sehr grosser Rhinolith entfernt, dessen Kern aus einem Papierpfröpfchen bestand, welches sich Pat. im frühesten Kindesalter in die Nase gesteckt haben muss.

SEIFERT.

19) **Lewis H. Miller. Rhinolith. (Rhinolith.)** *Brooklyn Medical Journal. Mai 1900.*

Die entfernte Masse enthielt in ihrem Centrum einen Kirschkern.

EMIL MAYER.

20) **Heber N. Hoople. Ein Zahn in der rechten Nasenhälfte. (Tooth from the right naris.)** *Brooklyn Medical Journal. Mai 1900.*

Ein ausgebrochener Zahn wird aus der rechten Nase entfernt.

EMIL MAYER.

21) **Homer Dupuy. Ein Zahn in der linken Nasenhöhle als Ursache eitriger Rhinitis. (A tooth in the left nasal cavity causing purulent rhinitis.)** *Laryngoscope. April 1900.*

Der Zahn war im Nasenboden eingebettet. Seine Wurzel bot das typische Aussehen derjenigen eines Schneidezahns. Die obere Zahnreihe zeigte keine Unterbrechung ihrer Continuität, aber beim Abzählen stellte sich heraus, dass einer fehlte und zwar der linke seitliche Schneidezahn. Verf. betont die Thatsache, dass die Anomalie erst beim Abzählen der Zahnreihe bemerkbar war. Patient war nach der Extraction des Zahns von seiner purulenten Rhinitis schnell geheilt.

EMIL MAYER.

22) **Sturrock. Zur Entfernung von Fremdkörpern aus Nase und Ohr. (For the removal of foreign bodies from the nose and ear.)** *N. Y. Med. Record. 30. December 1899.*

Verf. empfiehlt folgendes Verfahren:

Wenn die Anwesenheit und ungefähre Lage eines Fremdkörpers sichergestellt ist, wird ein Stück Kautschukröhre, das etwas geringeren Durchmesser hat wie ein Bleistift, etwa 1—3 Zoll lang und mit der Spitze einer Metallspritze verbunden ist, in das betreffende Nasenloch oder den Meatus eingeführt und mit dem Fremdkörper in Contact gebracht. Der Stempel der Spritze wird dann genügend stark angezogen, um ein Vacuum in der Röhre zu schaffen und so den Fremdkörper einzuziehen oder wenigstens an das freie Ende heranzusaugen. Dann wird die Spritze und mit ihr der Fremdkörper herausgezogen. Manchmal ist es zweckmässig, die Röhre vor ihrer Einführung in Glycerin einzutauchen, um die Möglichkeit des Lufteindringens zwischen Röhre und Fremdkörper auszuschliessen.

LEFFERTS.

23) **Ch. E. Clark. Entfernung von Fremdkörpern aus Nase und Ohr. (Removal of foreign bodies from the nose and ear.)** *Kansas City Med. Record. Mai 1900.*

Verf. spricht sich gegen die empfohlene Saugmethode zur Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase aus und ist entsetzt über die Art und Weise, wie die Sonde zu ihrem Nachweis benutzt wird; er räth zur Reinigung durch den Spray und zur Application einer 1proc. Cocainlösung vor der Entfernung

EMIL MAYER.

24) **J. Alvarez** (Palma). **Ein 1 Jahr lang in der Nasenhöhle verborgen gebliebener Knopf, welcher eine Rhinitis scrophulosa simulirte. (Un botón alojado durante un ano en la fosa nasal, simulando una rinorrea escrofulosa.)** *Revist. Balear. de Cienc. Médic. No. Enero. 1900.*

Der von einem 6jährigen Kinde in die linke Nasenhöhle eingeführte Knopf verursachte eine chronische Congestion der Nasenschleimhaut mit Erythem und schleimig-eitriger Secretion. Die anfangs gestellte Diagnose auf Scrophulose wurde hinfällig nach Entfernung des Fremdkörpers und Heilung des Patienten.

R. BOTEY.

25) **H. Bert Ellis. Fremdkörper — ein Stück von einem Flintenschloss — 6½ Jahre im Frontalsinus eingebettet. Entfernung. (Foreign body — piece of gunlock — imbedded in frontal sinus for six and half years. Removal.)** *The Ophthalmic Record. Mai 1900.*

Der Titel giebt den Inhalt.

EMIL MAYER.

26) **W. S. Halstead. Erfolgreiche Entfernung eines grossen Fremdkörpers aus dem Kopfe. (Successful removal of large foreign body from the head.)** *Philad. Med. Journal. 6. Januar 1900.*

40jähr. Mann, consultirte Verf. im Jahre 1882 oder 1883, um von einem chronischen Nasenkatarrh, von seiner Nasalstimme und von Kopfschmerzen befreit zu werden. Die Untersuchung der Nase liess schliesslich ein Metallstück entdecken, das offenbar in dem Epistropheuskörper [? Red.] eingebettet war. Der Pat. war nicht weniger überrascht als Verf. und freute sich, jetzt seine bisherigen ärztlichen Berather von der Richtigkeit der Ansicht überzeugen zu können, die er ihnen gegenüber stets aufrecht erhalten hatte, dass nämlich seine Störungen irgendwie von einer Explosion vor 5 Jahren herrührten. Er war damals wohl einen Augenblick durch die Explosion etwas erschüttert worden, fühlte aber keinen Schmerz und merkte erst, dass er verwundet war, als ihm das Blut über das Gesicht und in den Mund lief. Der Arzt entdeckte eine quere Hautwunde über dem Nasenrücken, die genäht wurde und per primam verheilte. Verf. fand eine feine lineare Narbe in der Haut gerade unterhalb der Verbindung zwischen Stirn- und Nasenbein und eine geringe Deformität des Nasenrückens. Einige Tage danach entfernte er durch osteoplastische Operation an Wange und Nase ein unregelmässig geformtes Stahlstück, welches beinahe so breit war, wie eine Zahnplatte für den Oberkiefer.

EMIL MAYER.

27) **L. L. Jepson. Entfernung eines grossen Fremdkörpers aus dem Kopfe. (Removal of large foreign body from the head.)** *Philadelphia Med. Journal. 17. Februar 1900.*

Der Fall stammt aus der Praxis von Frisell (Wheeling West Virginia), der den Fremdkörper diagnosticirte und erfolgreich entfernte. Frisell setzt dem Bericht hinzu: Vor 3 Jahren wurde der Mann in einem Streit so heftig mit einem Schirm gestossen, dass die Spitze desselben in den Oberkiefer in die Fossa canina eindrang, nach rückwärts das Antrum, dann den Pterygoidfortsatz des Keilbeins durchbohrte und seitlich gegen die Halswirbelsäule bis zwischen Atlas und

Foramen magnum des Hinterhauptbeins vordrang. Die Zwinge, das Stockende und die Deckplatte waren wenigstens 4 Zoll tief hineingetrieben. Der Stock war an der Metallkappe abgebrochen, die Haut schloss sich darüber und nur ein kleines Loch blieb offen, aus dem eitrige Flüssigkeit secernirte. Der Mann erfreute sich einer erträglichen Gesundheit und war mit seiner Holz- und Metallmasse in Kopf und Hals 3 Jahre arbeitsfähig. Der Mann ist noch am Leben und erfreut sich ausgezeichneter Gesundheit. EMIL MAYER.

28) **C. Woakes. Geschossverletzung des Kopfes; Entfernung der Kugel aus der Nase 20 Monate später. (Bullet wound in the head; removal of the bullet from the nose twenty months afterward.)** *Lancet. 6. Januar 1900. N. Y. Med. Record. 20. Januar 1900.*

Die Kugel drang gerade unter der linken Stirnprominenz in den Schädel. Der Patient genas. Er kam in W.'s Behandlung 20 Monate später wegen starken Ansflusses aus der linken Nase. Beim Sondiren derselben stiess man auf eine harte Substanz, die extrahirt wurde und sich als ein Stück Blei, bedeckt mit Khakistoff, erwies. LEFFERTS.

29) **F. Y. Chamberlain. Entfernung eines dislocirten Nasenknorpels. (Removal of a dislocated columnar cartilage.)** *Virginia Medical Semi-Monthly. 9. März 1900.*

Nach Spaltung, Excision und Naht der Lappen in der gewöhnlichen Art und Weise legte Verf. zur Stütze 2 Kartenblattstreifen in die Nase. EMIL MAYER.

30) **K. Büdinger** (Wien). **Zur blutigen Behandlung der Brüche des Nasenbeins.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 26. 1900.*

Bei combinirten Längs- und Querfracturen der Nasenbeine, welche bis über das Niveau der Spina nas. oss. front. hinaufreichend mit seitlicher Dislocation einhergehen, ist nach B. unbedingt die operative Reposition vorzunehmen.

Spaltung der Nase in der Mittellinie bis auf den Knochen, Fassen der Fragmente und Reposition, Aufrichtung der geknickten Nasenscheidewand, Fixation der Fragmente aneinander mit dichten Nähten, kein Verband.

Sehr günstiger kosmetischer Erfolg. CHIARI.

31) **Edm. Wertheim** (Breslau). **Ueber Complicationen endonasaler Eingriffe.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. 32.*

In der Einleitung bespricht Verf. die natürlichen Schutzeinrichtungen der Nase gegen Infectionen. Versagen dieselben, so kommt es entweder zu localer Infection oder zu allgemeiner (entweder auf dem Wege der Lymphbahn oder der Blutbahn). Mittheilung einschlägiger Fälle (Rhinitis fibrinosa diphtherica nach Aetzung wegen Epistaxis. Pyogene Infection mit acuter Sinuitis maxillaris und frontalis nach Galvanokaustik. Hämorrhagischer Niereninfarct [?]. Lungeninfarct). Würdigung der Gefahren der Tamponade, der Nasenspülungen. Besprechung der Angina postoperativa. Empfehlung streng aseptischen Operirens. (Ref. ist erfreut, dass der Verf. in deutlicher Auseinandersetzung dieselben Warnungen und Empfehlungen ausspricht, die er selbst vor 6 Jahren ausgesprochen und auch nach-

träglich verfochten hat. Wenn diese Dinge Beachtung fänden, würde die Gesundheit zahlreicher Kranker nicht so oft in geradezu frivoler Weise aufs Spiel gesetzt und das Ansehen der Rhinologie nicht in so beklagenswerther Weise geschädigt werden.)

ZARNIKO.

32) **J. A. White. Tod nach Operation nasaler Synechien. (Death following operation for nasal synechiae.)** *Journal American Med. Assoc. 28. April 1900.*

Ein junger Mann stellte sich am 8. December vor mit constanten Kopfschmerzen, Verstopfung der Nase und hypermetropem Astigmatismus. W. corrigirte zuerst den Astigmatismus und trennte dann die Adhäsionen an dem deflectirten Septum. Nach einigen Tagen stellten sich die Kopfschmerzen von Neuem ein, wenn auch weniger stark; es bestand immer noch eine gewisse Obstruction der Nase. Darauf wurde etwas Chromsäure applicirt. Am 23. December fühlte sich Patient sehr schlecht, aber es liess sich nichts Besonderes nachweisen. Die Temperatur betrug 39,8° C., ging aber leicht unter Chinin zurück. Am nächsten Tage war Patient völlig bewusstlos; er veränderte seine Lage während 16 Stunden nicht. Temperatur 38,3, 90 Pulse, leichte Contractionen der rechtseitigen Handmuskeln, keine Augensymptome. Alle Bemühungen, ihn zu erwecken, waren vergebens. 250 g Urin wurden entleert, die enorm viel Eiweiss enthielten. W. dachte an Meningitis und Urämie. Was die erstere betrifft, so hat er niemals von einem Fall von Trauma der Nase oder Entzündung der Siebbeinzellen resp. der Stirnhöhle nicht eitrigen Charakters mit nachfolgender Meningitis gehört. Er hat auch keinen Grund, eine Thrombose anzunehmen und neigt zu der Auffassung, dass der Tod auf Nephritis zurückzuführen ist. Der schnelle Verlauf des Falles schliesst seiner Ansicht nach Meningitis aus. — Die Autopsie wurde nicht gestattet. Verf. giebt zu, dass einfache Nasenoperationen sehr häufig von unverhältnissmässig schweren Folgen begleitet sind, er glaubt aber nicht, dass der tödtliche Ausgang in seinem Falle darauf zurückzuführen war.

EMIL MAYER.

33) **Walter F. Chappell. Bemerkungen über intranasale Operationen. (Remarks on intranasal operations.)** *N. Y. Med. Journal. 27. Januar 1900.*

Vortrag, gehalten auf dem 21. Jahrescongress der American Laryngological Association.

Ch. betont, dass er sich, da die Nasenoperationen ein zu weites Gebiet umfassen, nur auf einige Operations- und Behandlungsmethoden am Septum beschränken will. Diejenigen unter den Septumerkrankungen, welche am häufigsten chirurgische Eingriffe verlangen, sind Auswüchse, Deviationen und Verdickungen.

Zur Entfernung der Auswüchse ist, wenn sie klein sind und vorne sitzen, am meisten das Ringmesser zu empfehlen. Für intranasale Exostosen bevorzugt Ch. den Bernays'schen Schwamm; wenn sie die ganze Breite des Septums einnehmen, so ist dafür ein besonderes Instrument indicirt, das aus zwei Hohlplatten besteht, von denen eine für jede Seite bestimmt ist und die durch eine Feder verbunden sind. Die Hohlplatten tragen eine weitere Platte, die so eingerichtet ist, dass sich nach der Einführung das hintere Ende fächerförmig aufstellt.

„Die Nachbehandlung der Septumwunde hat schon grosse Discussionen in unserer Gesellschaft veranlasst und wir haben Zeiten gehabt, wo mit Watte verbunden wurde, mit Gaze und mit Zunder, Zeiten, wo man die blosse Wunde zurückliess im Vertrauen auf die Reinhaltung und den Werth freier Drainage für die Erzielung guter Resultate.“

Die letztere Methode ist nach der Ansicht Ch.'s jetzt allgemein als die beste acceptirt.

LEFFERTS.

34) **John P. Davidson. Indicationen zur Operation und Operationsmethode für die mittlere Muschel. (Indications for and method of operating upon the middle turbinated bone.)** *Virginia Medical Semi-Monthly. 9. März 1900.*

Die mittlere Muschel muss entfernt werden, wenn die Verstopfung der Nase Nasopharyngitis oder Laryngitis verursacht oder wenn sie die offenbare Ursache von chronisch-katarrhalischer Otitis media oder von Asthma abgiebt.

Verf. bedient sich dabei der kalten Drahtschlinge, des Suprarenalextractes und einer 2proc. Cocainlösung zur Anästhesie und Ischämie.

Wo die Schlinge nicht zu fassen scheint, ist die Zange empfehlenswerth.

EMIL MAYER.

35) **Guisez. Complicationen bei doppelter Tamponade der Nasenhöhlen. (Complications dues au double tamponnement des fosses nasales.)** *Gazette des hôpitaux. 30. Januar 1900.*

G. berichtet über zwei Fälle von schwerem Nasenbluten, welche vordere und hintere Tamponade notwendig machten. Bei einem der beiden Kranken blieb der Tampon 3 Tage wegen recidivirender Hämorrhagie (der Kranke schien hämophil zu sein) und der bestehenden Schwäche liegen. In den folgenden Tagen stellte sich ein Kieferhöhlenempyem ein.

In dem anderen Fall, bei einer Frau, stellten sich Symptome von Otitis ein, die wieder verschwanden; der Ohrenschmerz verlor sich nach 2 Tagen und es trat keine Eiterung auf.

G. erinnert an die Gefahren, die die doppelte Tamponade mit sich bringt und glaubt, dass die kunstgerecht ausgeführte vordere Tamponade sie stets vortheilhaft ersetzen kann.

A. CARTAZ.

36) **Clarence C. Rice. Ueber die Gründe, weshalb die chirurgische Behandlung von Nasenerkrankungen auf conservative Basis gestellt worden ist. (Some of the reasons why the surgical treatment of nasal disease had been placed upon a conservative basis.)** *N. Y. Med. Record. 7. April 1900.*

Eine von den Ursachen, weshalb die chirurgischen Operationen an Hals und Nase sowohl hinsichtlich ihrer Häufigkeit wie ihrer Zahl modificirt worden sind, ist die, dass die Specialisten jetzt besser ausgebildet sind und gelernt haben, dass man nicht einen Theil des Organismus nur für sich und unabhängig vom ganzen Körper betrachten darf. Der Unterschied zwischen den heutigen und früheren Nasenoperationen liegt ferner in der Qualität der jeweilig angewandten Instrumente.

Man setzte sich früher vielfach in schlechtes Ansehen dadurch, dass man Störungen des Gesammtorganismus herbeiführte in Folge der Resorption septi-

scher Substanzen, welche bei chirurgischem Eingriffe an der Nase eingeführt wurden. Heute gilt das nicht mehr. Die Nasenoperationen haben seit der Einführung der Formalinpräparate und der Bemühung um grössere Reinlichkeit wesentlich gewonnen. Man kennt heutzutage die Aetiologie der Nasenerkrankungen besser und deshalb sind die Operationen seltener geworden und die geopferten Gewebstheile kleiner. Unter passender Behandlung verschwinden heute zahlreiche Nasenerkrankungen auch ohne chirurgischen Eingriff. Die Resultate der chirurgischen Behandlung auf dem Gebiete der Rhinologie sind heute viel besser als früher und zwar in Folge des besseren Verständnisses und genauerer Kenntniss der Aetiologie der Nasenerkrankungen. Dabei besteht beim Chirurgen ein grösserer Conservativismus.

Jedermann soll durch die Nase athmen; wenn sie dauernd verschlossen ist, muss er davon geheilt werden und der Nasenarzt ist dazu berufen, dies auf conservativem Wege zu erstreben. Der Specialist kann den praktischen Arzt selbst in Fällen von Intestinalkatarrhen unterstützen. Hier kann er durch Heilung eines Katarrhes der oberen Luftwege helfen und verhüten, dass der Patient Schleim und Eiter verschluckt.

LEFFERTS.

37) **Lublinski. Die Nasendouche. (La douche nasale.)** *Bulletin Médical de Quebec. April 1900.*

L. bespricht die Gefahren der Douche für das Ohr und empfiehlt bei Kindern, bei denen das Orificium der Tube leicht zugänglich ist, den Zerstäuber anzuwenden.

EMIL MAYER.

38) **J. Neumann. Ueber die Nasendouche und deren Ersatz.** *St. Petersburger med. Wochenschr. No. 14. 1900. Boln. Gaz. No. 12. 1900.*

N. wendet sich in seinem objectiv gehaltenen Artikel gegen die forcirten Nasenspülungen. Ihre schädliche Wirkung äussert sich „in der Nasenschleimhaut selbst, in den Nebenhöhlen der Nase und in der Tube und dem Mittelohr“. Sie zerstören den Geruch, indem sie auf das Epithel und Nerven einwirken.

Die Einwirkung auf die Nebenhöhlen äussert sich in Kopfschmerz. In Bezug auf die Gefahren für das Mittelohr verweist N. auf die Arbeit von A. Jacobson (im Centralblatt referirt).

N. selbst wendet anstatt der Douchen Paraffinmenthol an, mit der 2 prom. Lösung anfangend.

Leider erwähnt N. nicht, ob er bei Operationen in der Nase und im Nasenrachenraum auch dieselbe Lösung für zweckmässig hält.

P. HELLAT.

39) **Ambrosini. Ueber Behandlung der Nasenhöhle mit medicamentösen Dämpfen. (Sulla Rino-Vaporizzazione.)** *Annali di Laringologia ed Otologia. October 1900.*

In dem als „vorläufige Mittheilung“ bezeichneten Aufsatz räth Verf. auf Grund seiner Erfahrungen — von denen jedoch bisher nichts Näheres mitgetheilt ist —, die Insufflation pulverförmiger Substanzen und den Nasenspray dadurch zu ersetzen, dass die Medikamente in Form eines unter starkem Druck stehenden

Dampfes durch die Nasenlöcher eingezogen, bis in den Nasenrachen gebracht und durch den Mund wieder ausgetrieben werden. Die Vortheile der Methode sollen darin bestehen, dass die Arzneistoffe in allerfeinster Vertheilung auf die erkrankte Schleimhaut gelangen und — infolge des grossen Druckes — bis in die innersten Theile der Nasenhöhle dringen. Ausserdem wird derselbe oder ein besserer Effect mit einer zehnmal geringeren Flüssigkeitsmenge erreicht, als wie bei Anwendung des kalten Sprays. Der Dampfdruck, dessen sich Verf. bedient, beträgt 4 Atmosphären. Der Apparat, den er anwendet, besteht in einem Inhalationsapparat, der insofern modificirt ist, als die Röhre, durch welche der Dampf ausströmt, sich gabelförmig in zwei zur Aufnahme in die Nasenlöcher bestimmte Röhren theilt. Diese Röhren haben, damit die Temperatur des Dampfes nicht zu hoch werde, eine Länge von 30 cm.

G. FINDER.

40) **A. de Simoni. Die Desinfection der Nasenhöhlen mit gewissen Essenzen und Essenzölen. (The desinfection of the nasal cavity with certain essences and essential oils.)** *N. Y. Med. Record. 21. April 1900.*

Verf. unternahm eine Reihe von Thierversuchen zur Feststellung, welche Substanzen gewisse Keime in der Nasenhöhle vernichten und gleichzeitig der Schleimhaut unschädlich bleiben. Er kommt zu dem Schluss, dass reine Essenzen so entschieden heilenden Einfluss auf schwere Schleimhauterkrankungen haben, dass ihr ausgedehnterer Gebrauch im Gebiet der Rhinologie gerechtfertigt erscheint. Die Desinfection mit flüchtigen Essenzen ist sehr gründlich und sehr brauchbar. Sie sind weniger toxisch als Sublimatlösungen und Carbolsäurelösungen, entfalten gleichzeitig eine stimulirende Wirkung auf die Mucosa und beschleunigen den Heilprocess der Epithelien.

LEFFERTS.

41) **W. Scheppegrell. Anwendung der Elektricität bei Nasen-, Hals- und Ohrerkrankungen. (Electricity in diseases of the nose, throat and ear.)** *Journ. Amer. Med. Assoc. 3. Februar 1900.*

Diese werthvolle Behandlungsmethode ist anwendbar bei Fällen, die auf den ersten Blick vielleicht als einander entgegengesetzte Zustände erscheinen. Ihre stimulirende Wirkung bei atrophischen Zuständen, z. B. bei Ozaena, ist so ausgesprochen, dass Verf. sie, zweckmässige Anwendung vorausgesetzt, für werthvoller hält, als alle anderen Behandlungsmethoden, ausgenommen die Kupferelektrolyse, welche ebenfalls auf Anwendung von Elektricität beruht und bei welcher sich die keimtödtende Wirkung der Kupfersalze noch zu der stimulirenden hinzugesellt.

Bei Congestionszuständen der Schleimhaut der Nase, welche wahrscheinlich häufiger vorkommen als alle anderen Erkrankungen, regt eine milde galvanische Application die Circulation an durch ihren tonisirenden Einfluss auf die vasomotorischen Nerven; sie führt — verschieden von der Elektrokauterwirkung — wieder normale Verhältnisse ein, ohne dass zur Wiederherstellung der normalen Weite der Nasen narbige Gewebsveränderungen gesetzt werden. Die Elektrolyse wurde in Fällen von fibrösen Tumoren der Nase und des Halses angewandt; sie wird hierbei von Manchen als allen anderen Methoden überlegen betrachtet, da sie die grosse Neigung zu Recidiven in derartigen Fällen zu vermindern scheint. Wenig

angewandt, aber ebenso ausgezeichnet wirkend ist die Elektrolyse als Ersatz für den Elektrokauter bei Hypertrophien und anderen Zuständen, bei denen der letztere bis jetzt fast ausschliesslich in Anwendung ist.

Bei der Behandlung von Nasenerkrankungen ersetzt die Vibrationsmassage sehr zweckmässig energischere Methoden und die Elektricität hat ihre Anwendung dermassen erleichtert, dass sie selten anders ausgeübt wird, besonders diesseits des Oceans.

EMIL MAYER.

42) **Beaman Douglas. Eine Studie über die Anwendung des Galvanokauters in der Nase. (A study of the application of the galvano-cautery in the nose.)** *Laryngoscope. Januar 1900. N. Y. Med. Journal. 12. u. 26. Mai 1900.*

Résumé: Aus dem Studium mikroskopischer Präparate geht hervor, dass die Cauterisation noch destructivere Wirkung hat als das Messer; sie zerstört physiologisches Gewebe so vollständig, als ob es aus dem Körper verschwunden wäre; ihre Wirkung reicht, anders wie beim Messer, noch über die Grenze ihrer Application hinaus; sie bringt alle die Gefahren eines chirurgischen Eingriffs, ebenso wie das Messer, mit sich mit Ausnahme der Haemorrhagie. Ausser den gewöhnlichen chirurgischen Nachtheilen bringt die Cauterisation speciell noch die Gefahr, einen das Bakterienwachsthum fördernden Nährboden zu schaffen. Ausserdem hat Verf. beobachtet, dass sie in der Hand des Unerfahrenen oder Unachtsamen secundäre Atrophien mit sich bringen kann, die schlimmer sind als die ursprüngliche Krankheit. Schliesslich constatirt Verf. noch, dass die gegenwärtig geübte lineare Cauterisation theoretisch uncorrect ist. Dessen ungeachtet betrachtet er die Cauterisation in besonderen und ausgewählten Fällen bei zweckmässiger Wahl der Methode und in der Hand eines sorfältigen Operateurs als eine Methode, die ihren Zweck unter Umständen besser erreicht, als das Messer.

LEFFERTS.

43) **Jaenicke** (Görlitz). **Mittheilung über einige neue rhino-chirurgische Instrumente.** *Deutsche med. Wochenschr. 25. 1900.*

Verf. beschreibt: 1. verschiedene Modificationen der Krause'schen Schlinge, die vorzugsweise es ermöglichen, die Schlinge durch einfaches Zurückschieben des Schlittens sich entfalten zu lassen. 2. eine Trocarcanüle zur Probepunction und Ausspülung der Kieferhöhle. 3. einen Zungenspatel, der gleichzeitig die Zunge herabdrückt und den vorderen Gaumenbogen nach vorn abhebt.

ZARNIKO.

44) **A. T. Mitchell. Schiene für Nasenoperationen. (Splint for nasal operations.)** *Annals Otology, Rhinology and Laryngology. November 1899.*

Verf. wendet Schienen an, die aus gewöhnlichen Heftpflasterstreifen gefertigt und doppelt gelegt sind, so dass die Klebseite auf der Schleimhautfläche liegt. Er bezeichnet diese als reinlich und einfach und hatte in 3 Fällen damit guten Erfolg.

EMIL MAYER.

45) **Francis W. Alter. Eine neue Nasenschiene. (A new nasal splint.)** *N. Y. Medical Record. 31. Mai 1900.*

Das Instrument stellt eine dilatirende Stütze dar. Die wesentlichsten Punkte sind dabei:

1. Die Drainage ist durch die erweiterten Enden des Instrumentes eine sehr vollkommene; „Drücken“ und dergleichen kommt nicht vor, wodurch das wichtigste Moment, die gute Drainage, gefährdet wird.

2. Bei der Entfernung des Apparates zwecks täglicher Reinigung genügen einige Drehungen des Schlüssels um die Schiene von der breiten auf die schmale Seite zu wenden. So vollzieht sich die Entfernung und die Neueinführung ohne jeden Schmerz, der diese Manöver bei den gewöhnlichen Modellen gewöhnlich begleitet.

3. Das distale und proximale Ende der Stütze erweitert sich gleichmässig. Dies ist von grösster Wichtigkeit, besonders da die Deflection zuweilen weit nach hinten liegt.

Die neue Schiene ist in folgenden Modificationen angefertigt: als Nummer A (mit Perforationen), B (ohne Perforationen), C (beide Platten flach), D (Septumplatte flach, Aussenplatte concav-convex). Der Schlüssel des Instrumentes dient als Introductor; die Zange fasst die Stütze, wenn sie eingelegt ist und verhindert ihr Entschlüpfen oder Verrücken.

LEFFERTS.

46) **C. Donati. Ueber die Anwendung des ausgezogenen Drainrohres behufs Erweiterung natürlicher und künstlicher Canäle des Organismus mit besonderer Berücksichtigung der Methode „der Sondirung ohne Ende“ nach v. Hacker.** Aus Prof. v. Hacker's chir. Klinik zu Innsbruck. — *Klin. therap. Wochenschr. No. 38—40 incl. 1900.*

Diese Behandlungsart eignet sich nach den Untersuchungen Donati's u. A. auch zur Stillung von Epistaxis und ausserdem recht gut zum künstlichen Verschlusse des Canales nach Eröffnung der Highmorshöhle vom Alveolarfortsatz aus.

In diesen Fällen wird das auf einer Sonde ausgezogene Drain durch die Canüle des Trocars in die Höhle eingeführt, sodass dasselbe nach der Entfernung der Canüle und der Sonde sich gewaltsam retrahirt und dadurch die äussere Oeffnung verschliesst.

CHIARI.

47) **J. Katz. Nasenspiegel für Kinder. (Nosowoje serkalo dlja detei.)** *Wratsch. No. 6. 1900.*

K. hat den Fränkel'schen Nasenspiegel etwas verkleinert und den Zwischenraum zwischen den Branchen erweitert.

P. HELLAT.

48) **Paunz** (Budapest). **Ein fixirbarer Zungenspatel zur Erleichterung der Rhinoscopia posterior.** Demonstrat. am 11. Oct. 1899 in der Gesellsch. d. Spitalsärzte in Budapest. — *Wiener klin. Rundschau. No. 23. 1900.*

Obiger Apparat besteht aus einem zwischen den Zähnen des Patienten einzustellenden Spatel, der ausserdem noch mittelst einer Schraube einen Gaumenhaken mit biegsamem Halse festhält. Indem man in einem Kugelgelenk auch einen Spiegel daran fixiren kann, werden beide Hände des Untersuchers frei.

Der Meinung des Autors, dass die Pharyngo-Rhinoskopie nur ausnahmsweise ohne Gaumenhaken vollständig ausgeführt werden könne, kann Referent durchaus

nicht beistimmen, im Gegentheil findet er die Anwendung von Gaumenhaken zum Zwecke der postrhinoskopischen Untersuchung nur ausnahmsweise für nothwendig.

BAYER.

c. Mundrachenhöhle.

49) **Berger** (Paris). **Wiederherstellung des Gesichts. (Restauration de la face.)** *Académie de Médecine. 9. September 1900.*

B. demonstrirt einen Apparat, welcher Dr. Goldstein in Stand gesetzt hat, die Gaumenwölbung, das Gaumensegel, die Nase und die Thränenwege zu ersetzen.

Der Apparat setzt sich zusammen aus:

a) einem Mundobturator oder Gaumenstück.

b) einer Gesichtspartie oder künstlichen Nase.

Der Obturator, der das Segel des künstlichen Gaumens trägt, wird an seinem Platz gehalten durch zwei Klappen, die zurückgeklappt werden, wenn man sich des Apparats bedienen will.

B. hält diesen Apparat für jeder noch so guten Prothese überlegen.

PAUL RAUGÉ.

50) **Henry W. Stelwagon. Hartnäckige Abschilferung der Lippen. (Persistent exfoliation of the lips.)** *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases. Juni 1900.*

Es waren zwei Fälle mitgetheilt, in welchen die Affection das Lippenroth nicht überschritt. Zeitweilig konnte man die Krusten oder Schuppen in 2 oder 3 Schichten abheben. Darunter bestand weder Empfindlichkeit noch Verdickung. Der Process wiederholte sich regelmässig. Bie Behandlung mit Milchsäure, einer Ichthyolsalbe und Acetanelid war in einem von den Fällen erfolgreich.

EMIL MAYER.

51) **Mills. Einige Bemerkungen bezüglich der Behandlung der Hasenscharte beim Kinde. (Quelques observations au sujet du traitement du bec-do-lièvre chez l'enfant.)** *La Clinique. No. 25. 1900.*

Frühzeitig operiren, das Zwischenkieferstück mobilisiren, um es in das Niveau des Oberkiefers bringen zu können, sodann Etagenstructur. BAYER.

52) **Dufour. Harter Schanker am Mundeingang. (Chancre induré de l'orifice buccal.)** *La Clinique. No. 15. 1900.*

Harter Schanker an der rechten Commissur des Mundes mit Induration und Drüseninfiltration. BAYER.

53) **George T. Hankins** (Sydney). **Ueber einen Fall von Oberkieferfractur. (Notes on a case of fracture of the superior maxillar.)** *Australasian Med. Gazette. 20. Juni 1900.*

Der Pat., ein junger Mann, hatte einen heftigen Schlag ins Gesicht erhalten.

Es ist, trotz Ableugnens, anzunehmen, das sein Gegner einen schweren Gegenstand in der Hand hatte. Eine äussere Wunde oder Abschürfung war nicht zu sehen. Die Gesichtszüge waren auf der linken Seite sehr verzerrt. Es bestand eine Fractur an der Verbindungstelle des äusseren und inneren Drittels des unteren Orbitalrandes. Die inneren zwei Drittel des unteren Orbitalrandes waren nicht zu fühlen; dieselben waren in die Higmorshöhle heineingestossen worden. Durch eine Incision über der Fossa canina wurde ein Elevator eingeführt, mit welchem das abgebrochene Knochenfragment unter deutlichem Knacken wieder eingerichtet wurde. Die Highmorshöhle wurde 24 Stunden lang mit Jodoformgase tamponirt. Heilung ohne Entstellung.

A. T. BRADY.

54) **Van Engelen. Ein Fall von Kiefersarcom. (Un cas de sarcome maxillaire.)** *La Clinique. No. 1. 1900.*

In der Sitzung vom 1. December 1899 des „Cercle Médical" in Brüssel berichtet V. E. über einen Fall von enormer Anschwellung des Gesichts und Erstickungsgefahr bei einem 10—12jährigen Knaben. Bei einer „Explorativoperation" musste die Tracheotomie gemacht werden. Die mikroscopische Untersuchung der Geschwulst ergab ein kleinzelliges Rundzellensarcom, welches nachwuchs, wie vor dem chir. Eingriff.

BAYER.

55) **Emory Lanphear. Entfernung des Oberkiefers, der Muscheln, des Gaumens, des Vomers und von Theilen des Sieb- und Wangenbeines wegen Osteosarcom. Ein Obturator gegen die Deformität; 8 Jahre recidivfrei. (Removal of superior maxilla turbinateds and malar for osteo-sarcoma. Deformity relieved by obturator. 8 years without recurrence.)** *American Journal of Surgery and Gynecology. Januar 1900.*

Der Titel besagt den Inhalt.

EMIL MAYER.

56) **Alexander B. Johnson. Epitheliom der Wange und des Unterkiefers. Entfernung der Geschwulst und des halben Kiefers. Kein Recidiv nach vier Jahren. (Epithelioma of cheek and lower jaw, removal of the grooth and one-half of the jaw. No recurrenco after 4 years.)** *Annals of Surgery. April 1900.*

Der Titel giebt den Inhalt.

EMIL MAYER.

57) **Bérard** (Lyon). **Neoplastische Adenitis der Drüsen an der Wange. (Adénites géniennes néoplasiques.)** *Société des Sciences médicales de Lyon. 9. Mai 1900.*

Eine Kranke, die vor 19 Jahren wegen eines Epithelioms am Nasenflügel operirt worden ist, bietet gegenwärtig zwei harte Knoten dar, am unteren Rand der Orbita und an der Aussenfläche des linken Wangenbeines.

B. fragt sich, ob es sich dabei um Lymphdrüsen an der Backe handelt, die durch das hintere Epitheliom langsam inficirt worden sind. Gegen diese Hypothese spricht die Thatsache, dass diese Lymphdrüsen der Wange weiter unten liegen den Gesichtsgefässen entlang.

PAUL RAUGÉ.

58) **C. H. Knight. Fall von Ulceration der inneren Wangenfläche und des Alveolarfortsatzes. (A case of ulceration of the inner surface of the cheek and alveolar process.)** *Laryngoscope. März 1900.*

Die Erkrankung beruhte anscheinend auf Syphilis. EMIL MAYER.

59) **Morestin. Carcinom der Wange. (Cancer de la joue.)** *Société anatom. 27. Juli 1900.*

Recidivirendes Carcinom der Oberlippe und der Wange.

Abtragung der oberflächlichen Weichtheile der Lymphdrüsen, der Glandula submaxillaris und der unterliegenden Knochenpartien. PAUL RAUGÉ.

60) **Heuss** (Zürich). **Ueber postembryonale Entwickelung von Talgdrüsen in der Schleimhaut der menschlichen Mundhöhle.** *Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXXI. 11. 1900.*

In einem Falle (erwachsener Mann) war die Entwicklung der Talgdrüsen in der Mundschleimhaut in einer Weise auffällig, dass H. diesen Fall geradezu als Acne rosacea der Mundhöhle bezeichnen möchte. An drei anderen Fällen suchte H. die Frage zu lösen, wie wir uns die Bildung von Talgdrüsen in der Mundhöhle vorzustellen haben. Er weist auf Grund seiner biologischen Untersuchungen die Audry'sche Hypothese, dass die Talgdrüsenbildung in der Mundhöhle auf verirrte Keime resp. auf primäre Haarbalganlagen zurückzuführen sei, als unzulänglich begründet zurück, es handle sich vielmehr um eine typische Talgdrüsenbildung, hervorgehend aus einer primären Wucherung der Stachelschicht der Mundhöhlenschleimhaut. Bei der Entwicklung dieser Affection spielt die Pubertätszeit keine Rolle, es wirken vielmehr zufällige äussere Momente entscheidend mit. Prognostisch und therapeutisch ist die Talgdrüsenbildung der Mundhöhle ohne practische Bedeutung. SEIFERT.

61) **Suchannek. Ueber gehäuftes Vorkommen von Talgdrüsen in der menschlichen Mundschleimhaut.** *Münch. med. Wochenschr. No. 17. 1900.*

Relativ am häufigsten finden sich die Talgdrüsen in der interdentalen Wangenschleimhaut, wo sie sich als prominente gelbe Tupfen manifestiren; sonst kommen sie noch im Bereiche des Lippenrothes vor, wie Kölliker und Ebner constatiren. SCHECH.

62) **Nicola** und **Ricca-Barberis. Ueber die Glandulae buccales und molares. (Intorno alle glandulae buccales et molares.)** *Giornale dell R. Academia d. Medicina di Torino. Juli 1900.*

Eine genaue anatomische Darstellung der auf und zwischen den Fasern des M. buccinatorius liegenden Schleimdrüsen. Erwähnenswerth ist, dass Vf. in einigen Fällen unter der Wangenschleimhaut auch Talgdrüsen gefunden hat, die mittels kleiner Ausführungsgänge mit dem Vestibulum oris communicirten.

G. FINDER.

63) **Ed. Toulouse** und **N. Vaschide. Topographie der Geschmacksempfindung im Munde. (Topographie de la sensibilité gustative de la bouche.)** *Académ. des Sciences. 30. April 1900.*

Sämmtliche Partien der Mundschleimhaut können Geschmacksempfindung besitzen.

Die Lippen, das Zahnfleisch, die Wangen, der Mundboden vermitteln nur den sauren Geschmack.

Salzig, süss und bitter wird von der Zunge und dem Isthmus faucium geschmeckt.

Die Ränder und die Oberfläche sind viel empfindlicher, als die Unterfläche, und zwar die Mittellinie in noch höherem Maasse als die Seitenflächen.

Das vordere Drittel der Zunge ist empfindlicher für salzig, süss und sauer, die Basis mehr für bitter.

Wahrscheinlich beherrscht der Glossopharyngeus allein den Geschmack, auf directem Wege an Zungenbein und Isthmus faucium, auf indirectem Wege durch die Chorda tympani und den Lingualis, an der Zungenspitze.

Die Geschmacksempfindungen für sauer an den Partien, die mit dem Glossopharyngeus nichts zu thun haben, sind wahrscheinlich keine echten Geschmacksempfindungen, sondern Modalitäten der tactilen Sensibilität. PAUL RAUGE.

64) **Dresel** (Chemnitz). **Pathologische Erscheinungen in der Mundhöhle bei Dentitio difficilis molaris tertii inferioris.** *Fränkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XI. p. 336. 1900.*

D. berichtet über einen Fall von peritonsillärem Abscess bei einem 22jähr. Mädchen, der erst nach Extraction des aussergewöhnlich grossen unteren Weisheitszahnes zur Heilung kam. F. KLEMPERER.

65) **M. Labbé. Behandlung des Soors bei den Neugeborenen. (Traitement du muguet chez les nouveaux-nés.)** *Presse médicale. 13. December 1899.*

Zwei Bedingungen sind zum Zustandekommen des Soors nöthig:

1. Infection des kindlichen Mundes mit dem pathogenen Keim, dem Saccharomyces albicans.

2. Besondere Beschaffenheit der Mundhöhle, die die Entwicklung der Pilze begünstigt. (Stomatitis erythematosa, Säurebildung in der Mundhöhle).

Daher die folgenden therapeutischen Vorschriften:

a) Vermeiden der Infection durch besondere Aufmerksamkeit auf die Saugflaschen, Löffel und die Ammenbrust.

b) Behandlung der Stomatitis und Neutralisation der Mundsäuerung.

Alkalien geben noch die beste Localbehandlung: Waschen des Mundes, mit einem in Vichywasser, Kalkwasser oder 5 proc. Natriumbicarbonat getauchten Wattebausch, dann Pinseln mit einem Tampon, der in folgende Lösung getaucht ist:

Glycerin 20,0
Borax 5,0.

Wenn der Soor die Verdauungswege befallen hat, Vichywasser innerlich oder Magenspülungen.

In sehr hartnäckigen Fällen wird die Anwendung von Antisepticis nothwendig: 2—3 proc. Silbernitratlösung, 4 proc. Borsäurelösung, 0,4 proc. Uebermangansaure Kalilösung, $^1/_2$ prom. Sublimatlösung, Wasserstoffsuperoxyd, Eisenchlorid. Carbolsäure ist durchaus verwerflich.

PAUL RAUGE.

66) **A. Brindeau. Diphtherieähnliche Stomatitis der Neugeborenen. (Stomatite diphtheroïde des nouveaux-nés.)** *Société d'obstétrique de Paris. 9. Nov. 1899.*

B. hat 4 Fälle beobachtet, characterisirt durch Ulcerationen, welche mit graulichen Membranen bedeckt waren.

Diese Ulcerationen sitzen in der Gaumenwölbung im Niveau der Apophyses pterygoides (Plaques pterygoidiennes Parrot's) und auf den Zungenbändchen.

Der Pathogenese nach betrachtet sie Parrot als traumatische Läsionen, Sevestre und Gaston als Impetigo der Schleimhäute.

Man findet darin bald Streptokokken, bald Staphylokokken.

PARL RAUGÉ.

67) **Brindeau u. Macé. Streptococceninfection des Mundes bei einem Neugeborenen. (Streptococcie buccale chez un nouveau-né.)** *Soc. d'obstétrique de Paris. 15. Februar 1900.*

Beobachtung zweier streptococcenreicher Plaques am Gaumen bei einem Kinde vom 5. Tage nach der Geburt an.

Einer der beiden Plaques ulcerirte und dehnte sich schnell bis zur Alveolarwand des Oberkiefers aus.

Dieser Allgemeinzustand verschlimmerte sich und das Kind erlag einem allgemeinen Erysipel.

PAUL RAUGÉ.

68) **V. Pechère. Studie über die chirurgischen Störungen bei Kindern, welche ihren Ausgang in Wundhöhleninfectionen nehmen. (Etude des altérations chirurgicales débutant par des infections buccales chez les enfants.)** *Journ. Méd. de Bruxelles. No. 1. 1900.*

Nach einer kurzen Einleitung bespricht der Vf. zuerst die Mundhöhlenmicroben im Allgemeinen und berücksichtigt 1. die Vertheidigungsmittel der Mundhöhle gegen die Infection von Seiten der Microben und 2. die Pathogenie der Mundhöhleninfectionen bei Kindern; sodann die Verbreitung 1. per Continuität und Contiguität, 2. durch die Lymphbahnen und 3. durch die Blutgefässe.

Er geht dann auf die einzelnen Microben über und bespricht dieselben der Reihe nach. Ganz interessante Studie zur Beleuchtung des infectiösen Ursprungs chirurgischer Mundaffectionen.

BAYER.

69) **N. Hunter. Sepsis des Mundes als Ursache von Erkrankung. (Oral sepsis as a cause of disease.)** *Brit. Med. Journal. 28. Juli 1900.*

Viele Fälle von Gastritis „und pyogenen Zuständen im Allgemeinen" sind auf cariöse Zähne zurückzuführen. Erkrankte Zahnstümpfe sollen stets entfernt, Zahnplatten gründlich gereinigt und sterilisirt werden.

ADOLPH BRONNER.

70) **G. N. Vitol. Ueber Mundwässer. (Concorning mouth washes.)** *N. Y. Med. Journal. 14. April 1900.*

Verf. betont eindringlich die Nothwendigkeit guter Mund- und Zahnpflege. Ausser der mechanischen Reinigung durch die Zahnbürste müssen noch Mundwässer angewendet werden. Der Zweck der Spülungen ist nicht, wie manche glauben, die Mundhöhle aseptisch zu machen, sondern vielmehr, die Schleimhaut zu einem für Bacterienwachsthum weniger geeigneten Boden zu machen. Die Subsubstanzen, welche zu einer Sterilisation des Mundes verwandt werden, müssen nothwendiger Weise auch für die die Mundhöhle auskleidende Schleimhaut schädlich· sein und können bei längerem Gebrauch Symptome allgemeiner Vergiftung verursachen. Die Erfordernisse eines guten Mundwassers sind daher: 1. vollkommene Unschädlichkeit, 2. das Mikrobenwachsthum hemmende Eigenschaften, 3. dauernde und nicht nur vorübergehende Wirkung, 4. angenehmer Geschmack.

LEFFERTS.

71) **Siredey** (Paris). **Behandlung der ulcerösen Stomatitis. (Traitement de la stomatite ulcereuse.)** *Soc. méd. des hôpit. 27. Juli 1900.*

Cauterisationen mit Chromsäure geben in allen Fällen, wo die anderen Mittel versagen, entschiedene Resultate. Sie werden folgendermassen ausgeführt: Ein gestielter Wattetampon wird in Wasser getaucht und in den Chromsäurekrystallen gerollt, die daran hängen bleiben. Dann werden die Ulcerationen damit betupft und nach Entfernung der Krystalle ein zweiter mit Wasser getränkter Tampon darauf applicirt. Der Kranke spült dann sofort den Mund aus, um eine zu tiefe Aetzung zu verhüten.

PAUL RAUGÉ.

72) **A. Lanz. Die Behandlung der Quecksilber-Stomatitis. (Letschenie rtutnawo wospalenija polosti rta.)** *Medizinskoje obosr. Januar 1899.*

L. hält für eine der Ursachen, welche eine Stomatitis hervorrufen können, ungenügendes Kauen. Dem Wasserstoffsuperoxyd gebührt bei der Behandlung eine grössere Rolle als bisher.

P. HELLAT.

73) **Matzenauer** (Wien). **Stomatitis aphthosa.** Wiener dermatol. Gesellschaft, Sitzung v. 9. Mai 1900. — *Wiener klin. Wochenschr. No. 22. 1900.*

Obige Affection findet sich bei Frauen gleichzeitig oft mit ähnlichen Processen an der Vulva, Vagina und Portio oder auch mit allgemein toxischem Erythem und zeigt den Charakter des Erythema multiforme und nodosum.

CHIARI.

74) **Daulos. Recidivirende Hydroa buccalis. (Stomatite hydroique récidivante.)** *Société de Dermatologie et de Syphiligraphie. 11. Januar 1900.*

Die Eruption bei der von D. vorgestellten Kranken hatte vollkommene Aehnlichkeit mit Syphilis.

Der diagnostische Irrthum wäre unvermeidlich gewesen, selbst wenn nicht zur selben Zeit ein typhöses Iriserythem an den Händen bestanden hätte.

PAUL RAUGÉ.

75) **Brunard. Stomacace; Behandlung mit Oxygenwasser; Heilung. (Stomacace; traitement par l'eau oxygénée; guérison.)** *La Clinique. No. 15. 1900.*

Stomacace nach Pneumonie bei einem achtjährigen Mädchen. Nachdem die gewöhnliche Behandlung mit Kali hypermang. 14 Tage lang vergeblich angewandt, wurden Bepinselungen mit Oxygenwasser in leicht saurer Lösung vorgenommen und rasche Heilung erzielt.

BAYER.

76) **Schultze** (Bonn). **Ein Fall von anscheinender Maul- und Klauenseuche beim Menschen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 26. 1900.*

Aphthöse Partien der Mundschleimhaut bei einem $2^1/_2$jährigen Mädchen, bei dem sich später noch pemphigusartige Ausschläge an Händen und Füssen entwickelten. Da die Affection Maul- und Klauenseuche sehr ähnelte, wurden Impfversuche an Thieren angestellt, die negativ ausfielen. Die Diagnose blieb also unsicher.

SCHECH.

77) **F. Dozy** (Amsterdam). **Bemerkungen über Mundtuberculose. (Eenige opmerkingen over mondtuberculose.)** *Med. Weekbl. 27. October 1900.*

Unvollständige Beschreibung einer ulcerirenden Affection am harten Gaumen bei einem Phthisiker.

H. BURGER.

78) **Lambert. Mundfistel. (Fistule buccale.)** *Société centrale de médecine du dép. du Nord. 22. Juni 1900.*

Fistel, bronchialen Ursprungs, öffnete sich nach vorne am vorderen Gaumenbogen. Bisher trotzte sie jeglicher Behandlung und L. hat die Absicht, sie mit Curettement oder Electrolyse zu behandeln.

PAUL RAUGÉ.

79) **Pujebet. Nach dem Mundboden hin vorspringende Dermoidcyste der Suprahyoidealgegend. (Kyste dermoide de la région sus-hyoidienne faisant saillie sur le plancher de la bouche.)** *Nord medical. 1. Februar 1900.*

37jähr. Frau, die wegen eines Tumors des Mundbodens und des Kinns ins Spital aufgenommen wurde. Vor einigen Monaten constatirte man einen sublingualen Tumor, der punktirt (es trat eine weissliche Flüssigkeit aus) und thermo-kauterisirt wurde. Der Tumor verkleinerte sich im Munde, trat aber bald darauf in der rechtsseitigen Suprahyoidealgegend hervor. Er war röthlich, glänzend, hart und nicht fluctuirend. Man dachte an eine Ranula, aber bei der Operation constatirte Duret, dass es sich um eine Dermoidcyste von Hühnereigrösse handelte. Die Abtragung geschah von der Submaxillargegend aus. Beim Befragen der Kranken erfuhr man, dass sie hier seit ihrer Kindheit eine kleine Drüse gehabt habe.

A. CARTAZ.

80) **Gallet. Epitheliom des Bodens der Mundhöhle; combinirte Temporäroperation. (Epithéliome du plancher de la bouche; opérations temporaires combinées.)** *La Clinique. No. 28. 1900.*

Die Geschwulst (Epithelioma), welche beinahe den ganzen Boden der Mundhöhle einnimmt, wird operativ entfernt: Zuerst Praeventiv-Tracheotomie mit dem Thermocauter, dann Verschluss beider Carotid. ext. vermittelst kleiner Cautchouc-

pincetten und zuletzt temporäre Resection des Unterkiefers. Patient stirbt plötzlich 7 Tage nach der Operation. BAYER.

81) **Scheele. Der Glasbläsermund mit seinen Complicationen. (Glass-Blowers-mouth and his complications.)** *N. Y. Medical Record. 7. April 1900.*

Scheele lenkt die Aufmerksamkeit auf eine Dilatation des Ductus Stenonianus mit nachfolgenden parotitischen Symptomen infolge des enormen Druckes in der vorderen Mundhöhle beim Glasblasen. Blasinstrumentenspieler sind dieser Schädigung nicht ausgesetzt, denn bei ihnen besteht die Pression in den hinteren Theilen des Pharynx und der vordere Theil der Mundhöhle dient nun der Leitung des Luftstromes. Das lässt daran denken, dass es vielleicht möglich ist, durch eine passende mechanische Vorrichtung comprimirte Luft zum Glasblasen, anstatt wie jetzt den Athem zu benutzen. LEFFERTS.

82) **H. S. Anders. Zwei weitere Fälle von Parotitis bei Pneumonie. (Two more cases of parotitis in pneumonia.)** *Phil. Med. Journal. 26. Mai 1900.*

Der Titel erklärt den Inhalt. EMIL MAYER.

83) **John A. Robison. Doppelseitige Parotitis mit Endocarditis bei lobärer Pneumonie. (Double parotiditis with endocarditis complicating lobar pneumonia.)** *Phil. Med. Journal. 26. Mai 1900.*

Der Titel giebt den Inhalt EMIL MAYER.

84) **Redact. Notiz. Gegen Mumps. (For Mumps.)** *Journal American Medical Association. 9. Juni 1900.*

Rp. Ichthyol
Plumbi jod. ana 3,0
Ammon. chlorat. 2,0
Adeps 30,0
M. S. 3mal täglich auf die geschwollene Drüse zu appliciren.

EMIL MAYER.

85) **Louis Rénon** und **Latron. Isolirte Schwellung der submaxillaren Drüsen bei einer Bleivergiftung. (Gonflement isolé des glandes sous-maxillaires chez un saturnin.)** *Soc. méd. des hôpit. 29. Juni 1900.*

Gewöhnlich beschränkten sich die Störungen bei Bleivergiftung auf die Parotis oder sie breiten sich auf alle Speicheldrüsen aus. Selten aber localisiren sie sich nur in den Submaxillardrüsen.

Einen derartigen Fall haben R. und L. beobachtet. Es handelte sich um einen schweren Fall von chronischer Bleiintoxication, mit Bleikoliken, Lähmungen und Bleigicht.

Die Schwellung der submaxillaren Drüsen trat im Verlauf einer Bleikolik auf. Dieselben präsentirten sich als runde lobuläre, bewegliche und absolut schmerzlose Masse.

Die Schwellung ging nach 20 Tagen wieder zurück. PAUL RAUGÉ.

86) **Bouglé. Cystisches Adenom der Submaxillardrüse. (Adénome kystique de la glande sous-maxillaire.)** *Société anatomique. 13. Juli 1900.*

Ein gelatinöser Tumor wurde aus der Submaxillardrüse bei einem 18jährigen Patienten exstirpirt.

Die Blindsäcke der Drüse wiesen eine generalisirte cystische Erweiterung auf.

Die Acini waren mit einer schleimigen Flüssigkeit erfüllt, welche die peripheren Zellen comprimirte und abplattete.

PAUL RAUGÉ.

87) **Lewis S. Somers. Ein Fall von getheilter oder doppelter Uvula. (Report of a case of double or twin uvula.)** *N. Y. Med. Journ. 10. März 1900.*

Nichts Neues; trotzdem der Artikel drei Spalten in dem genannten Journal einnimmt.

LEFFERTS.

d. Diphtheritis und Croup.

88) **F. P. Denny. Bericht über Untersuchungen auf Diphtheriebacillen bei 175 gesunden Individuen. (Report on the examination for diphtheria bacilli of cultures from hundred and seventy-five healthy individuals.)** *Boston Society of Medical Sciences. April 1900.*

Verf. kommt bei seinen Experimentaluntersuchungen zu dem Schlussresultat, dass Diphtheriebacillen selten im Halse gesunder Individuen, die in guten hygienischen Verhältnissen leben, vorkommen, ausgenommen, wenn dieselben sehr exponirt sind.

Zahlreiche Personen können durch gesunde Individuen, welche die Bacillen in ihrem Rachen tragen, inficirt werden.

Die Bedingungen, welche das Wachsthum virulenter Bacillen im gesunden Rachen begünstigen, sind Zusammenleben zahlreicher Personen in engen schlecht ventilirten Räumen.

EMIL MAYER.

89) **Lesieur. Ueber die bakteriologische Diagnose der Diphtherie (nach Neisser) und über die Häufigkeit des Pseudodiphtheriebacillus. (Sur le diagnostic bactériologique de la diphthérie [procédé de Neisser] et sur la fréquence du bacille pseudo-diphthérique.)** *Société des Sciences med. 9. Mai 1900.*

Das Neisser'sche Verfahren ermöglicht eine sehr schnelle Differenzirung des Löffler'schen Bacillus und des Pseudodiphtheriticus.

Die Häufigkeit dieses letzteren ist variabel. S. liefert hierzu mehrere Statistiken, die er selbst in den Spitälern von Lyon erhoben hat.

PAUL RAUGÉ.

90) **C. M. F. Sinding-Larsen** (Norwegen). **Eine Diphtheritisepidemie in dem Küsten-Spitale bei Frederiksvärn. (Fra Kysthospitalet ved Frederiksvarn. En Husepidemi af difteri.)** *Norsk Magazin for Lägevidenskab. p. 133. 1900.*

In dem Spitale, in dem nur tuberculöse Kinder behandelt werden, trat eine endemische Epidemie von Diphtheritis in dem Zeitraume von December 1898 bis

October 1899 auf. — Es war sehr schwer, eine neue Invasion der Epidemie zu verhindern, immer traten neue Fälle auf, trotz Desinfection der Räume, Isolirung u. s. w.

Erst nachdem man die vielen latenten Fälle von Diphtherie so lange isolirt hatte, bis die Diphtheriebacillen im Schlunde nicht mehr nachgewiesen werden konnten, glückte es der Epidemie Herr zu werden. SCHMIEGELOW.

91) **J. Girard** und **G. Guillain. Das Pankreas bei Diphtherie. (Le pancreas dans la diphtherie.)** *Société de Biologie. 30. Juni 1900.*

In 22 tödtlich verlaufenen Fällen von Diphtherie bei Kindern haben die Autoren niemals die als klassisch beschriebene haemorrhagische Pancreatitis angetroffen.

Es bestand eine Gefässcongestion, eine Endoperiarteriitis und Endophlebitis, niemals Diapedese oder embryonale Infiltration.

Die Secretionswege sind im Allgemeinen erhalten.

Alles in Allem sind die Veränderungen am Pancreas bei der Diphtherie nicht denen an der Leber vergleichbar, und es scheint, dass das Pancreas keine bedeutende Rolle in dem Symptomencomplex der Toxämie spielt. PAUL RAUGÉ.

92) **E. D. Capps. Membranöser Croup. Differentialdiagnose. (Membranous croup. Differential diagnosis.)** *Texas Medical News. Juni 1900.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

93) **O. R. Brown. Diphtherie. (Diphtheria.)** *Maryland Medical Journal. Mai 1900.*

B. hebt die Fortschritte der letzten Jahre in Diagnose und Behandlung dieser Erkrankung hervor. EMIL MAYER.

94) **Eschweiler. Spätdiphtherie im Nasenrachenraum. (Late diphtheria in the nasal pharynx.)** *N. Y. Medical Record. 12. Mai 1900.*

Verf. berichtet von einem derartigen Fall und hält das Vorkommen dieser Localisation der Diphtherie für häufiger als die Litteratur angiebt. Viele Fälle von vermeintlicher primärer Rhinitis fibrinosa diphtherica beginnen nicht in der Nase, sondern in dem Nasenrachenraum. In chronischen Fällen muss derselbe sorgfältig vom Arzte gereinigt werden, und nach der Heilung müssen etwaige adenoide Wucherungen zur Verhütung von Recidiven entfernt werden.

LEFFERTS.

95) **J. W. Lane. Diphtherie und membranöser Croup. (Diphtheria and membranous croup.)** *Kansas City Medical Index-Lancet. Mai 1900.*

Verf. ist der Ansicht, dass Dosen von 10 Tropfen Copaivabalsam bei Unterdrückung des Urines zweckmässig sind; er empfiehlt ferner die Inhalation der Dämpfe von gelöschtem Kalk und Chloralhydrat zur Linderung der Spasmen.

EMIL MAYER.

96) **D. Benjamin. Antiseptische Behandlung der Diphtherie. (Antiseptic treatment of diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 16. Juni 1900.*

Verf. hat 40000 Diphtheriefälle tabellarisch verarbeitet. Der Erfolg der

keimtödtenden Behandlungsmittel hängt von der Gründlichkeit ihrer Anwendung ab. Seit 20 Jahren wendet B. die antiseptische Behandlung an, hauptsächlich mit Eisenchloridtinctur, und hat dabei noch nicht 1 pCt. seiner Kranken durch den Tod verloren. Er giebt die Eisentinctur in häufigen Dosen. LEFFERTS.

97) **Albert Friedländer. Recidiv von Diphtherie-Membranen. (Recurrence of diphtheria-membrane.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 19. Mai 1900.*

29jähriger Mann mit Membranen auf beiden Tonsillen und der hinteren Pharynxwand; 2000 Einheiten Antitoxin werden verabfolgt. Nach 3 Tagen war der Rachen frei. 3 Tage später war die ganze rechte Tonsille wieder mit exsudativem Belag bedeckt. Nach Injection von weiteren 2000 Antitoxineinheiten erfolgte Heilung. EMIL MAYER.

98) **R. W. Marsden Immunität gegenüber diphtheritischer Infection und Reinfection nach Antitoxingebrauch. (Immunity to diphtheric infection, and reinfection after the use of antitoxin.)** *N. Y. Medical Record u. Medical News. 16. Juni 1900.*

Verf. berichtet von einigen Fällen, welche zu beweisen scheinen, dass die Immunität nach einem Diphtherieanfall schon nach 3 Wochen gänzlich erloschen sein kann, wenn der Anfall durch Antitoxininjection beendet worden war. Interessanter Weise war in jedem Fall der zweite Anfall eine richtige Recapitulation des ersten und folgte genau demselben Typus. Verf. neigt nicht zu der Ansicht, dass die Immunitätsperiode zu der angewandten Antitoxindosis in proportionalem Verhältniss steht, zum mindesten könne diese Beziehung in Anbetracht der grossen von ihm angewandten Dosen keine sehr nahe sein. Er selbst hält sich an die Regel, dass in der Reconvalescenz von einem Diphtherieanfall die Antitoxininjection beim Eintreten von Croupanzeichen unverzüglich wiederholt werden muss.

LEFFERTS.

99) **Chas. P. Mac Nabb. Die Behandlung der Larynxdiphtherie. (The treatment of laryngeal diphtheria.)** *N. Y. Med. Journal. 30. Juni 1900.*

Nach der Ansicht des Autors ist der Werth des Antitoxins bei Rachen- und Nasendiphtherie in der heutigen ärztlichen Welt so allgemein bekannt und anerkannt, dass es Eulen nach Athen tragen hiesse, wollte man diese Seite der Frage noch weiter discutiren. Aber da der Werth des Serums in Croupfällen noch nicht genügend sicher gestellt erscheint, so bespricht Verf. seine Erfahrungen in den letzten 16 Jahren mit und ohne die Antitoxinbehandlung bei membranöser Laryngitis. Dieselben veranlassen ihn zu warmer Fürsprache für die Antitoxinbehandlung. LEFFERTS.

100) **Adolph Rupp. Ueber einige Trugschlüsse auf dem Gebiet der Diphtherie und der Antitoxinstatistik. (Concerning some of fallacies of diphtheria and antitoxin statistics.)** *American Journal of obstetrics and diseases of women and children. Mai 1900.*

Die Unvollständigkeit und Beweislosigkeit vieler der gegenwärtig so zahlreich aufgestellten Statistiken beruht auf der oft künstlichen Gruppirung der Zahlen. EMIL MAYER.

101) **Adolph Rupp. Todesfälle bei Diphtherie und Antitoxinstatistiken. (Diphtheria deaths and antitoxin statistics.)** *American Journal of obstetrics and diseases of women and children. Juni 1900.*

Verf. übt Kritik an den Statistiken, die die Antitoxinanwendung günstig beurtheilen. Er ist der Ansicht, dass die guten Resultate des Serums, die von so Vielen gerühmt werden, noch keineswegs bewiesen sind. EMIL MAYER.

102) **Edwin Rosenthal. Serumbehandlung der Diphtherie. (Serum treatment of diphtheria.)** *N. Y. Medical News. 16. Juni 1900.*

Während des vergangenen Jahres setzte sich Verf. mit mehr als 4000 Aerzten in Verbindung, um ihre Ansicht über das Antitoxin zu erfahren. Die Antwort trat einstimmig für den Werth des Mittels ein. Die Statistiken der Sanitätsbehörden und Hospitäler in 175 Städten ergab eine Mortalität von 38 pCt. ohne Antitoxin und von 13 pCt unter Antitoxinanwendung. LEFFERTS.

103) **Egidi. Fünf Fälle von Intubation bei Säuglingen wegen Croup. (Cinque casi di intubazione per crup in bambini lattanti.)** *Annali di Laringologia ed Otologia. Juli 1900.*

Von den fünf mit Intubation behandelten Säuglingen war der Jüngste, der zugleich auch den klinisch schwersten Fall darstellte und bei dem die Intubation 11 Tage hindurch prolongirt werden musste, kaum 8, der älteste 11 Monate alt.

Da die kleinsten der gebräuchlichen Tuben für Kinder von einem Jahre an berechnet sind, so muss man für jüngere Säuglinge sich eines besonderen Instrumentariums mit kleinerem Introductor und kürzeren Tuben bedienen.

Eine Schwierigkeit, die besonders in Fällen von prolongirter Intubation sich zu schaffen macht und auch in dem einen der hier mitgetheilten Fälle vorlag, bildet die Ernährung. Da jeder Versuch, Milch theelöffelweise einzuflössen, derartige Anfälle von krampfhaftem Husten auslöste, dass jeden Moment das Hinausgleiten des Tubus zu befürchten war, so musste von dieser Ernährungsweise Abstand genommen werden, und da Verf. glaubte, durch Anwendung eines halbflüssigen Nahrungsmittels die Gefahr des Hinunterfliessens in die Trachea vermeiden zu können, so griff er schliesslich zu Liebig'schem Fleischextrakt. In der That gelang es ausgezeichnet, den Säugling bis zu der am 11. Tage erfolgten Extubation auf diese Weise zu ernähren; auch in zwei anderen Fällen von Intubation bei Säuglingen hat dieselbe Ernährungsmethode dem Verf. gleich gute Dienste geleistet. FINDER.

104) **Burt Russell Shurly. Antitoxin und Intubation mit Bericht über 100 Operationen. (Antitoxine and intubation with a report of one hundred operations.)** *Journal Americ. Med. Assoc. 19. Mai 1900.*

Auf Grund seines Studiums dieser Fälle und der allgemeinen Beobachtungen bei der Behandlung der Diphtherie, kommt der Autor zu folgenden Rathschlägen: 1. Frühzeitige Darreichung des Antitoxins, ohne die bakteriologische Diagnose abzuwarten. 2. Tonsillenbelag bei gleichzeitigem Crouphusten oder partieller Aphonie indicirt die Verabreichung einer vollen Dose von 1500—2000 Einheiten

von Antitoxin. 3. Antitoxinverabfolgung 12 Stunden oder mehr vor operativem Eingreifen reducirt die Mortalität intubirter Fälle wenigstens um 50 pCt. 4. Alle Kinder, die im Croupalter stehen und einer Infection ausgesetzt sind, sollen immunisirt worden. 5. Continuirliche Dampfinhalationen sind in allen Fällen von grossem Werth. 6. Frühzeitige Operation ist aufs Energischste zu befürworten.

EMIL MAYER.

105) **P. Violett. Tracheotomie und Intubation ausserhalb des Hospitals. (La tracheotomie et le tubage en dehors de l'hopital.)** *Gazette des hôpitaux. 21. Juni 1900.*

Tracheotomie und Intubation geben in der Behandlung des Croup bei guter Ueberwachung, wie sie im Spital statt hat oder in der Privatpraxis, wo ein Assistent bei dem Kranken bleiben kann, ungefähr dieselben Chancen der Heilung. Unter diesen Umständen muss deshalb der Intubation der Vorzug gegeben werden. Wenn aber keine wirksame Ueberwachung möglich ist, hält der Verf. die Tracheotomie für zweckmässig unter den nöthigen Cautelen zur Filtration und Feuchthaltung der Einathmungsluft. Wenn die Familie die Tracheotomie verweigert, muss die Intubation angewandt werden selbst mit dem Risico einer Ausstossung der Tube bei mangelnder Ueberwachung.

A. CARTAZ.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

106) **A. Rosenberg** (Berlin). **Varietäten und Anomalien der Valleculae und der Sinus piriformes.** *Fränkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. X. H. 3. p. 419. 1900.*

Abbildung und Beschreibung einer Reihe von Anomalien der genannten Partien, die R. an seinen Kranken beobachtet hat: Verengerung der Valleculae, divertikelartige Vertiefung, asymmetrische Anlage der Gruben, sagittal verlaufende accessorische Falten am Boden derselben, ferner ungewöhnliche Ausdehnung der Sinus piriformes („Alterstaschen"), Anomalien im Verlaufe der Plica pharyngoepiglottica u. a. m. Pathologische Bedeutung kommt diesen Vorkommnissen nicht zu.

F. KLEMPERER.

107) **Bark** (Liverpool). **Ein Fall von Cystenbildung in der Fossa glosso-epiglottica. (A case of cysts in the glosso-epiglottic fossa.)** *Med. Chir. Journ. Juli 1900.*

30jähriger Mann, litt an starker Speichelsecretion und constantem Bedürfniss zu schlucken infolge einer Sensation, wie wenn er einen Klumpen auf der linken Zungenseite fühlte. Mit dem Kehlkopfspiegel konnte man eine Anzahl grosser, gelblich weisser, kugliger Geschwülste mit gefässreichen Wänden auf der einen Seite des Ligam. glosso-epiglotticum medium erkennen.

A. LOGAN TURNER.

108) **L. Réthi. Bemerkungen zu Kuttner's Entgegnung über die Entstehung der Dellen auf den pachydermatischen Wülsten der Stimmlippen.**

109) **A. Kuttner. Antwort an Herrn Dr. L. Réthi.**

110) **Réthi. Schlusswort.** *Fränkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. X. H. 3. p. 500—503. 1900.*

Fortsetzung der Discussion, über die im vorigen Bande des Centralblatts (XVI. p. 297 u. 298) ausführlich berichtet ist.

F. KLEMPERER.

111) **Lacoarret. Ein Fall von Knötchen der Stimmbänder; Heilung durch interne Behandlung. (Un cas de nodule des cordes vocales, guérison par le traitement médical.)** *Annales de la policlinique de Toulouse. October 1900.*

Beobachtung eines Falles von Sängerknötchen bei einem jungen Mädchen, welches im Anschluss an Erkältung von Heiserkeit befallen worden war und nun ihre Stimme bei den Gesangstunden überanstrengt hatte. Man fand 2 symmetrische Knötchen im Larynx. Durch absolute Ruhe des Kehlkopfes sowie antiseptische und adstringirende Einpulverungen erzielte Verf. das Verschwinden der Knötchen. Die Stimmbänder sahen wieder normal aus, und die Kranke konnte wieder ihre Gesangsstudien aufnehmen, ohne dass die Stimme im geringsten davon angegriffen wird.

A. CARTAZ.

112) **Prota. Ueber einen besonderen Tumor der Epiglottis. (Sopra uno speciale tumore delle epiglottide.)** *Annali di Laringologia ed Otologia. Juli 1900.*

Identisch mit dem auf dem 5. Congress der Italienischen Gesellschaft für Laryngologie und Otologie mitgetheilten Falle.

FINDER.

113) **Monselles. Ueber das Vorkemmen eines auf der Eversion einer Morgagni'schen Tasche aufsitzenden Polypus laryngis.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 5. 1900.*

Mittheilung eines Falles, der operativ behandelt wurde.

SCHECH.

114) **Lenzmann. Demonstration zweier Präparate, welche eine hochgradige Stenose des Athmungscanales erzeugt hatten.** *Münchener med. Wochenschrift. No. 15. 1900.*

Der eine Fall betraf einen unterhalb der Glottis sitzenden Tumor, der andere einen solchen im hinteren Mediastinum, der den linken und später auch den rechten Bronchus comprimirt hatte. Die Krankengeschichten sind im Original nachzulesen.

SCHECH.

115) **Rochet** (Lyon). **Thyrotomie bei Larynxtumor. (Thyrotomie pour tumeur laryngée.)** *Société de chirurgie de Lyon. 7. December 1899.*

$3^1/_2$ jähriger Patient, bei welchem die mediane Thyreotomie, ausgeführt 6 Monate nach einer Tracheotomia necessitatis, einen subglottischen Tumor erkennen lässt, von der Grösse einer dicken Haselnuss, der mit einem Scheerenschlag excidirt werden kann.

Man entfernte sodann die Canüle und der Kranke konnte normal athmen und sprechen.

PAUL RAUGÉ.

116) Jacques. **Tracheothyrotomie bei Larynxtumor. (Opération de trachéothyrotomie pour tumeur du larynx.)** *Soc. de méd. de Nancy. 11. Juli 1900.*

Verf. hat diese Operation bei einem 8jährigen Kinde vorgenommen, das seit 5 Jahren aphonisch war und Dyspnoe hatte. Laryngoscopisch fand sich ein Papillom auf der vorderen Commissur und andere Papillome auf den Stimmbändern. Gleichzeitig bestand eine Hypertrophie der Gaumentonsillen. Zuerst wurden letztere und die adenoiden Vegetationen entfernt; einige Tage später führte Verf. im Anschluss an eine tiefe Tracheotomie die Thyrotomie aus. Nach Entfernung der Tumoren wurde der Larynx sofort genäht. Die Stimmbildung stellte sich wieder vollkommen her.

A. CARTAZ.

117) S. S. Bishop. **Larynxpapillome, die ein besonderes Instrument erforderten. (Laryngeal papillomata requiring a special instrument.)** *Journal Amer. Med. Assoc. 16. Juni 1900.*

Um die Papillome unter den Stimmbändern zu entfernen, war eine Zange erforderlich, deren Kehlkopfende 18 mm länger sein musste, als Verf. sie irgendwo bekommen konnte.

EMIL MAYER.

118) P. Hellat. **Papilloma laryngis entfernt durch Laryngotomie.** Protocoll des Vereins St. Petersburger Aerzte. — *St. Petersburger med. Wochenschrift. No. 42. 1900.*

Vorstellung eines 4jährigen Knaben, der seit 3 Jahren vollständig aphonisch und in der letzten Zeit auch stark dyspnoisch war und dem Verf. vermittelst Laryngotomie einen bohnengrossen Polypen entfernt hatte. Die Intubation führte zu keinem Ziele.

Autoreferat.

119) Broekaert. **Behandlung der diffusen Kehlkopfpapillome bei Kindern. (Traitement des papillomes diffus du larynx chez les enfants.)** *La Belgique Méd. No. 36. 1900.*

An der Hand dreier Fälle von Kehlkopfpapillomen bei Kindern im Alter von 4, 7 und 8 Jahren beweist B., dass die intralaryngeale Methode zur Entfernung diffuser Larynxpapillome bei Kindern den Vorzug verdient, indem die Thyrotomie keine Garantie bietet gegen Recidive und daher als Ausnahmsmethode anzusehen ist.

BAYER.

120) C. Nasi. **Ein Beitrag zur Laryngofissur. (A contribution to laryngofissure.)** *La clinica chirurgica. Anno 7. 4. April 1899. Laryngoscope. Juni 1900.*

Als Beweis für den Werth dieser Operation besonders bei Stenose nach Tracheotomie theilt der Verf. folgende klinische Beobachtung mit: Bei einem 5jähr. Kinde wurde wegen Larynxpolypen die Tracheotomie ausgeführt. Nach 2 Monaten wurde ein zweiter Polyp durch tiefe Tracheotomie entfernt, aber das Zurückbleiben der Canüle erwies sich als nöthig, da die Athmung sonst unmöglich war. Der Patient stellte sich nach 2 Jahren wieder ein, mit der Bitte, von seiner Canüle befreit zu werden, da die Respiration noch mehr verlegt worden war. Ruggi führte jetzt in der Annahme, dass die Stenose auf ein Recidiv des Papilloms

zurückzuführen sei, die Laryngofissur aus. Nach Spaltung des Thyroidknorpels und Eröffnung des Larynx entfernte er zahlreiche kleine Papillome, füllte nach der Curettirung behufs Dilatation den Larynx mit einer speciellen Tamponade aus. Er führte in die Larynxwunde einen Bausch von Gummistoff ein und füllte denselben mit kleinen Stückchen steriler Gaze. Dieser keilförmige Bausch diente als Dilatation, wobei der Gummistoff den Vortheil bot, nicht an der Schleimhaut festzukleben. Dieser Verband wurde während einiger Tage täglich erneuert, dann während 2 Monaten jeden 2. oder 3. Tag, bis endlich die Knorpel dem Druck des Tampons nachgegeben hatten und die Entfernung der Canüle und Verheilung der Trachealfistel und Larynxwunde eingeleitet werden konnte. 20 Tage später verliess der Patient geheilt das Hospital mit zwar noch aphonischer, aber allmälig klarer werdender Stimme.

EMIL MAYER.

121) **Vincent. Sehr umfangreicher Larynxtumor. Entfernung auf dem Wege durch das Zungenbein. (Tumeur laryngée très volumineux. Ablation par la voie transhyoidienne.)** *Société de chir. de Lyon. 21. December 1899.*

Es handelt sich um einen fibrösen Tumor gutartiger Natur, welcher nach der Vallas'schen Methode nach vorausgehender Tracheotomie und Application einer Trendelenburg'schen Canüle operirt wurde.

Auf eine lange Medianincision der Haut folgte ein verticaler Medianschnitt auf das Zungenbein und man kam bis zum Tumor, ohne eine Ligatur anlegen zu müssen. Derselbe wurde mit Finger und Cürette entfernt.

Der Verlauf war ein glatter und die Heilung in 10 Tagen vollkommen.

PAUL RAUGÉ.

122) **Witte** (Rostock). **Zwei Fälle von Ecchondrosen an den Giessbeckenknorpeln.** *Fränkel's Archiv f. Laryngol. Bd. XI. H. 1. p. 161. 1900.*

Im Anschluss an die Arbeit von Alexander über die Knorpelgeschwülste des Kehlkopfs, in der nur Ecchondrosen des Schild-, Ringknorpels und der Epiglottis mitgetheilt sind, berichtet W. über 2 Fälle von Ecchondrosen der Aryknorpel. Die Tumoren, die hart, von konischer Form, mit Schleimhaut überkleidet waren und mit den Aryknorpeln in directem Zusammenhang standen, zeigten bei jahrelanger Beobachtung keine entzündliche Erscheinung und waren ganz symptomlos, so dass sie nur zufällig zur Beobachtung gelangten.

F. KLEMPERER.

123) **Seifert** (Würzburg). **Ueber Angiome des Kehlkopfes.** Physik. med. Gesellschaft zu Würzburg, 15. Juni 1900. — *Münch. med. Woch. No. 28. 1900.*

Von den wahren Angiomen des Kehlkopfes hat S. nur einen Fall gesehen; er betraf einen 50jährigen Mann, bei welchem wiederholte Blutungen auf einen Varix des linken Stimmbandes zurückgeführt werden konnten. Die häufiger vorkommenden Angio-Fibrome hat S. öfters gesehen, nämlich 7mal unter 53 gutartigen Neubildungen des Kehlkopfes in den letzten $9^1/_2$ Jahren. In einem Falle (50jähriger Mann) hatte das Angio-Fibrom seinen Sitz an der vorderen Commissur. Die mikroskopische Untersuchung ergab starke Verhornung der obersten Epithelschichten und eine eigenthümliche fibrinöse Degeneration des Bindegewebes.

SEIFERT.

124) **Massei. Die Kehlkopfcomplicationen bei der Hautsarcomatose. (Les complications laryngiennes de la sarcomatose cutanée.)** *Annali della Laringologia ed Otologia. Juli 1900.*

Résumé der unter demselben Titel in den Archivii di Laryngologia No. IV. 1899 erschienenen Arbeit desselben Verf.'s.

FINDER.

125) **Jaboulay** (Lyon). **Abtragung eines primären Epiglottiscarcinoms. (Ablation d'un cancer primitif de l'epiglotte.)** *Lyon Médical. 22. April 1900.*

Die Abtragung des Tumors geschah gleichzeitig mit totaler Entfernung des Zungenbeins und wurde ohne Tracheotomie ausgeführt.

PAUL RAUGÉ.

126) **Pluder** (Hamburg). **1. Multiple Fibrome der Wangenschleimhaut. 2. Carcinoma laryngis.** *Deutsche med. Wochenschr. 1900. Vereinsbeil. 34.*

Vorstellung im Hamburger ärztlichen Verein.

ZARNIKO.

127) **F. Krause** (Altona). **Exstirpation der linken Kehlkopfhälfte und der vorderen Wand des Oesophagus mit plastischem Ersatz.** *Deutsche med. Wochenschrift. 1900. Vereinsbeil. 32.*

Der Patient konnte bei der Vorstellung gut schlucken und (mit zugehaltener Canüle) heiser, aber laut sprechen. Ein Triumph chirurgischer Technik!

ZARNIKO.

128) **Jakob Frank. Laryngectomie wegen Carcinom. (Laryngectomy for carcinoma.)** *The Clinical Review. Juni 1900.*

Die Geschwulst begann gerade den Oesophagus an seinem oberen Ende zu erfassen und wurde von hier aus entfernt. Die Canüle und die Lagerung nach Trendelenburg leisteten ausgezeichnete Dienste; ohne dieselben wäre die Operation wohl kaum geglückt.

EMIL MAYER.

129) **John N. Mackenzie. Die Nothwendigkeit der makroskopischen Diagnose und der Entfernung des ganzen Organes mit dem benachbarten Gewebe wegen möglicher Infection der Lymphbahnen bei Larynxkrebs. (A plea for early naked-eye diagnosis and removal of the entire organ with the neighboring area of possible lymphatic infection in cancer of the larynx.)** *Johns Hopkins Hospital Bulletin. December 1900.*

Wird in den Verhandlungen der Amerikan. laryngologischen Gesellschaft (Juni 1900) referirt.

EMIL MAYER.

130) **Sir Felix Semon. Die Indicationen der Thyrotomie. (The indications of thyrotomy.)** *Lancet. 11. August 1900.*

Vortrag, gehalten auf dem Internationalen medicinischen Congress zu Paris.

Die Thyreotomie ist eine verhältnissmässig ungefährliche Operation. Sie soll ausgeführt werden wegen:

1. Fremdkörper im Larynx. Man soll niemals längere Zeit hindurch einen Fremdkörper im Larynx belassen, selbst wenn er noch keine ernsthafte Symptome verursacht.

2. Verletzungen des Larynx behufs Replacirung der dislocirten Theile.

3. Laryngocele. Diese Fälle sind sehr selten.

4. Larynxstenose. In manchen Fällen genügt intralaryngeale Behandlung oder Intubation, aber in vielen Fällen ist Thyreotomie die zweckmässigste und beste Behandlungsmethode; sie sollte häufiger, als zur Zeit geschieht, angewandt werden.

5. Acuter laryngealer Perichondritis. Diese Fälle sind sehr selten.

6. Larynxtuberculose (incl. Lupus). Es besteht dabei freilich die grosse Gefahr der Infection der Wunde.

7. Sclerom des Larynx.

8. Neubildungen im Larynx:

a) Gutartige Neubildungen. Bei multiplen Papillomen der Kinder ist es in den meisten Fällen rathsamer, die intralaryngeale Behandlung oder Tracheotomie zu versuchen.

b) Maligne Neubildungen. Verf. bezieht sich auf seine eigenen zahlreichen Publicationen über diesen Gegenstand. Es ist von grösster Wichtigkeit, dass derartige Fälle frühzeitig diagnosticirt und behandelt werden. Jeder Fall von chronischer Heiserkeit bei älteren Leuten muss von vornherein als verdächtig angesehen und aufs Sorgfältigte untersucht werden. Verf. hat bei 83,3 pCt. seiner Fälle durch die Operation dauernde Heilung erzielt.

ADOLPH BRONNER.

131) **Lemoine. Studie über die Tumoren der Trachea. (Etude sur les tumeurs de la trachée.)** *Thèse de Paris. 1900.*

Die Tumoren der Trachea müssen operirt werden. Das Resultat ist im Allgemeinen befriedigend, wenn der Tumor gutartig ist.

Die Prognose maligner Tumoren ist eine ganz andere; es ist schwierig, sie in ihrer Gesammtheit zu entfernen, umsomehr, als sie im Allgemeinen erst spät erkannt werden.

Bei drohender Asphyxie muss die Tracheotomie gemacht werden.

PAUL RAUGÉ.

f. Schilddrüse.

132) **H. Illoway. Ein Fall von acuter Thyreoiditis rheumatischen Ursprungs. (A case of acute thyroiditis of rheumatic origin.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Mai 1900.*

Eine 25jährige Frau wurde von idiopathischer Entzündung der Schilddrüse befallen. Die Schwellung wurde incidirt, es kam Eiter heraus und schnelle Heilung folgte. (Die Schilderung spricht mehr zu Gunsten der Diagnose auf Zellgewebsentzündung, als Thyreoiditis. Ref.)

EMIL MAYER.

133) **H. Roger** und **M. Garnier. Läsionen der Schilddrüse bei Tuberculose. (Lesions of the thyroid gland in tuberculosis.)** *Archiv. génér. de Médecine. April 1900. N. Y. Medical Record. 5. Mai 1900.*

Die Verff. kommen zu dem Schluss, dass die Tuberculose in der Schilddrüse sowie auch in andern Gegenden des Organismus, sehr verschiedene Laesionen setzen kann, die auf den ersten Blick sehr unähnlich sind. Bei genauerer Prüfung sind sie jedoch einfacher, als es Anfangs scheinen will. Es handelt sich dabei um zwei Arten von Läsionen: Degenerationserscheinungen, die durch den Bacillus oder seine Toxine verursacht sind und die vom Organismus geschaffenen Abwehrreactionen oder Vernarbungsprocesse. Die beginnende Erkrankung besteht in cellulärer Degeneration. Wenn die Bacillen an bestimmten Stellen der Thyreoidea localisirt sind, so folgt der Erkrankung der Zellen eine abundante Diapedese, die Leucocyten bilden Haufen um die Mikrobennester und werden so zum Ausgangspunkt der tuberculösen Granulationen. Gleichzeitig verursacht die Diffusion des Toxins in den übrigen Theilen der Drüse diffuse oder systematische Sklerose.

LEFFERTS.

134) **L. Mayet** (Lyon). **Häufigkeit des Kropfes in verschiedenen Lebensaltern. (Fréquence du goître aux différents âges.)** *Société des Sciences Médicales de Lyon. 1. März 1900.*

Auf Grund von graphischen Darstellungen der Häufigkeit des Kropfes kommt M. zu dem Schlusse, dass beim Manne zwei Stadien grösster Häufigkeit bestehen: Im Alter von 20—25 und von 45—50 Jahren. Bei der Frau dagegen existirt nur ein Maximum und zwar vom 40.—50. Lebensjahre.

M. erklärt das Maximum im Alter von 20—25 Jahren beim Manne durch den Einfluss angestrengter Arbeit, der er sich in diesen Jahren zu unterziehen beginnt.

Das Maximum bei der Frau scheint mit der Menopause im Zusammenhang zu stehen.

PAUL RAUGÉ.

135) **A. Carrel** (Lyon). **3 Fälle von Struma mit Respirationsstörungen. (Trois cas de goître avec troubles respiratoires.)** *Société des Sciences Médicales de Lyon. 24. Januar 1900.*

Diese 3 Fälle bieten Interesse, weil sie typische Fälle von Deformation der Trachea im Verlauf des Kropfes darstellten.

Bei allen dreien handelte es sich um Respirationsstörungen durch Compression der Trachea. In den beiden ersten Fällen variirten die Störungen je nach der Haltung des Kopfes und erreichten ihren Höhepunkt, wenn der Kopf im einen Fall nach der Geschwulstseite, im anderen nach der entgegengesetzten Seite geneigt wurde.

PAUL RAUGÉ.

136) **H. Meige** und **F. Allard. Hereditärer Morbus Basedowii mit Oedem der Augenlider und Schlafkrisen. (Maladie de Basedow héréditaire avec oedème des paupières et crises de sommeil.)** *Société de Neurologie. 8. März 1900.*

Die 28jährige Kranke leidet an typischem hereditärem Morbus Basedowii,

dem sich die die klassischen Symptome des Myxödems zugesellt haben, weiches Oedem der Augenlider, Apathie, Schlafsucht.

Es liegt also hier ein neuer Fall von Nebeneinanderbestehen der beiden als antagonistisch angesehenen Affectionen vor. PAUL RAUGÉ.

137) **Redact. Notiz Strontium bei Morbus Basedow. (Strontium in exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 5. Mai 1900.*

Rp. Strontiumbromid 6,0
Strontiumjodid 12,0
Aqua menthae
Sirup. menthae ana 20,0
Aq. dest. 40,0.
M. 3mal tägl. 1 Theelöffel voll. LEFFERTS.

138) **B. F. Curtis Behandlung des Morbus Basedowii. (The treatment of exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 12. Mai 1900.*

Bei der Patientin ist die halbe Schilddrüse wegen Morbus Basedowii entfernt worden. Längere Zeit vorher schon hatten sich die Symptome bemerklich gemacht und die Struma war von mässiger Grösse. Die Augen waren ziemlich prominent und der Puls 120—130. Die Operationswunde heilte per primam, das Allgemeinbefinden war stets ungestört und besserte sich seitdem ständig. Nach nicht ganz 2 Monaten nach der Operation ist die Patientin wieder im Stande, ihren Beruf als Buchhalterin aufzunehmen, und ihr Puls wird immer langsamer. Offenbar handelt es sich um eine wirkliche Heilung.

C. hat 9 Thyreoidectomien bei M. B. ausgeführt; bei keiner der Operationen stellte sich irgend eine Complication ein, auch keine Blutung. Von den neun Fällen heilten 6 und 3 starben. LEFFERTS.

139) **Van de Wiele. Thyroidectomie. (Thyroidectomie.)** *Annales de la Soc. Méd.-Chir. d'Anvers. Mai-Juni 1900.*

Thyroidectomie mit Zurücklassung eines kleinen Schilddrüsenfragments bei einer 20jährigen Frau wegen eines ziemlich voluminösen Kropfes mit ausgeprägter Basedow'scher Krankheit. Tod 3 Tage nach der Operation. BAYER.

g. Oesophagus.

140) **Léon** (Angers). **Spastische Oesophagusstenose laryngealen Ursprungs. (Rétrécissement spasmodique de l'oesophage d'origine laryngée.)** *Anjou méd. März 1900.*

Dysphagie infolge typischen Oesophaguskrampfes, der durch die Sondirung festgestellt wurde, bei einer 40jährigen Frau.

Der Oesophagusspasmus war durch ein tuberculöses Ulcus des Larynx verursacht und verschwand bei Kehlkopfbehandlung. PAUL RAUGÉ.

141) **M. B. Richardson. Zwei Fälle von Oesophagusdivertikel, mit Bemerkungen. (Two cases of oesophageal diverticulum, with remarks.)** *N. Y. Medical Record. 19. Mai 1900.*

Die Zahl der Fälle erreicht jetzt 56. Wenn die Excision des Divertikels unausführbar ist, soll die Gastrostomie herangezogen werden zur Verhütung der Inanition und zur Verlängerung des Lebens. Diese Divertikel müssen als Hervortreibungen der Schleimhaut durch die Muskelschicht angesehen werden. Die primäre Ursache ist zweifellos Druck bei gleichzeitigem Vorhandensein von narbigem oder durch unbekannte Ursachen geschwächtem Gewebe. Einer Constriction des Oesophagus bedarf es nicht zu ihrem Zustandekommen, denn in allen bisher berichteten Fällen konnte eine Strictur nicht nachgewiesen werden. LEFFERTS.

142) **Laroyenne** (Lyon). **Oesophagotomia externa wegen eines im Oesophagus festsitzenden künstlichen Gebisses; frühzeitige Entfernung der Oesophagussonde. (Oesophagotomie externe pour dentier implanté dans l'oesophage; ablation précoce de la sonde oesophagienne.)** *Société de Chirurgie de Lyon. 10. Mai 1900.*

Künstliches Gebiss wurde im Schlaf verschluckt und blieb ca. 22 cm hinter der Zahnreihe stecken.

Oesophagotomia externa ohne Conductor. Nach der Operation wies ein pfeifendes Geräusch auf eine Trachealperforation hin.

Die Verweilsonde wird 3 Tage nach der Operation entfernt.

Heilung. PAUL RAUGÉ.

143) **Sanquirico. Betrachtungen über die Folgezustände der Oesophagotomia externa. (Quelques considérations sur les suites de l'oesophagotomie externe.)** *Thèse de Paris. 1900.*

Die Narbenzusammenziehung ist hinsichtlich der Funktion ohne Bedeutung.

Die Fisteln sind von der Nahtmethode der Oesophaguswunde abhängig. Man darf eine solche Naht nur bei unversehrter Schleimhaut anlegen. Es darf in diesem Fall zur Ernährung der Kranken nicht die Oesophagussonde benutzt werden. PAUL RAUGÉ.

144) **F. R. Dennis. Oesophagusstrictur nach Typhus. Gastrostomie. (Stricture of the oesophagus following typhoid fever; gastrostomy.)** *N. Y. Medical Record. 19. Mai 1900.*

Ein Fall von Gastrostomie, der vor 2 Jahren operirt worden ist. Die Stenose der Cardia stellte sich im Anschluss an Typhus ein, und der Patient hatte schon seit 3 Monaten vor der Operation keine Nahrung mehr durch den Mund aufnehmen können. Der Zustand war kläglich. Jetzt wiegt der Pat. 180 Pfund. Er füttert sich mit Bequemlichkeit selbst, und es zeigen sich weder Excoriationen noch Schmerzen an der Oeffnung. Pat. geht seinem gewöhnlichen Beruf nach. Der Fall spricht für den Werth der Gastrostomie. LEFFERTS.

145) **Sauvage. Oesophaguskrebs. Gastrostomie. Tod. (Cancer oesophagien. Gastrostomie. Mort.)** *Société anatomique. 18. Mai 1900.*

Krebs des mittleren Oesophagus, 23 cm hinter der Zahnreihe. Der Operirte

starb einige Stunden nach der Gastrostomie. Es bestand eine kleine tracheo-oesophageale Perforation.

Der Tumor erwies sich als Plattenepitheliom mit kleinen eingesprengten Epidermiskugeln.

PAUL RAUGÉ.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) American Medical Association.

Laryngologische und otologische Section.

50. Jahresversammlung, abgehalten zu Columbus-Ohio. 6.—8. Juni 1899.

Vorsitzender: Emil Mayer (New York).

Erster Tag: Dienstag, den 6. Juni.

Der Vorsitzende Emil Mayer (New York) hält die Begrüssungsrede.

Clement F. Theisen (Albany): Tuberculose des Pharynx mit vorläufigem Bericht über tuberculöse Infection der Tonsillen und der lymphoiden Gewebe des Pharynx.

Vortr. berichtet über 2 Fälle von primärer Tuberculose des Pharynx, die beide durch bakteriologische Untersuchung erhärtet sind. Der eine der Patienten starb, der andere wurde geheilt. Von 12 hypertrophischen Tonsillen und 23 adenoiden Vegetationen, die excidirt und im Bender'schen Laboratorium untersucht wurden, enthielten 2 Tonsillen Tuberkelbacillen, obgleich sie durchaus nicht nach Tuberculose aussahen.

J. Schadle (St. Paul): Accessorische Schildrüsentumoren an der Zungenbasis.

Der Tumor hatte schon seit 6 Monaten bestanden, als er zur Beobachtung kam. Er sass an der Zungenbasis; eine gewisse Schwellung und Vascularisation entwickelte sich anscheinend gleichzeitig mit Aussetzen der Menstruation. Unter Elektrolyse ging die Geschwulst auf $^1/_3$ ihrer ursprünglichen Grösse zurück, aber starke Blutungen zwangen zum Aufgeben dieser Behandlungsweise. Die Geschwulst wurde schliesslich durch Operation entfernt und erwies sich als Thyreoideagewebe.

J. Homer Coulter (Chicago): Beobachtungen an 300 Tonsillectomien.

Vortr. betont, dass die merkliche Besserung, welche sich fast stets an die Tonsillectomie und sogar an die Tonsillotomie anschliesst, allein schon als ge-

nügender Beweis für die durch die hypertrophischen Tonsillen verursachte Schädigung dienen kann. Vortr. tritt durchaus für die Totalexstirpation der Tonsillen ein, die er auch in allen seinen Fällen ausgeführt hat. Die Tonsillectomie wurde vermittelst des Galvanokauters gemacht und stellt ein vollkommen unblutiges Verfahren dar. Redn. betont, dass die Tonsillectomie für den Hals in kosmetischer, wie physiologischer Hinsicht vollkommene Verhältnisse schafft; man erreicht damit Folgendes: 1. vollkommene und freie Action der Gaumenbögen und des weichen Gaumens; 2. Aufhebung der mechanischen Behinderung des Pharynx für die Bildung tiefer Töne; 3. durch die gründliche Entfernung wird die Möglichkeit einer Toxinresorption durch die Tonsillen aufgehoben; 4. es wird eine glatte Fläche an der Stelle der Tonsillen geschaffen; 5. die Hypertrophie der Gaumenbögen wird dadurch zum Verschwinden gebracht. — Die Tonsillectomie ist besser im Stande eine auf Grund einer pathologischen Tonsille ausgebildete Reflexneurose zu beseitigen als die Tonsillotomie. Wenn sie gründlich ausgeführt wird, hinterlässt sie eine glatte Fläche, was nach Tonsillotomie gewöhnlich nicht der Fall ist und was bei der Ignipunctur unmöglich ist. Für Sänger ist das eine Sache von Wichtigkeit. Ueberdies war die Tonsillectomie in gewissen Fällen ausführbar, in welchen die Tonsillotomie fast unmöglich gewesen wäre.

G. H. Makuen (Philadelphia): Ueber den Werth der Muskelübung bei der Behandlung von Stimm- und Sprachdefecten.

Die unmittelbare Ursache von Stimmdefecten ist nach M.'s Ansicht stets eine fehlerhafte Muskelaction im Stimmmechanismus. Während die inneren Kehlkopfmuskeln zum grössten Theile unwillkürliche sind, können die äusseren Muskeln unter die directe Willenscontrole gebracht und dadurch gleichzeitig auch die inneren controlirt werden. Die Bedeutung einer richtigen Stellung des Larynx kann schwerlich überschätzt werden. Diese Muskeln können zusammen oder paarweise unter die directe Willenscontrole gebracht werden. — Auf Befragen des Präsidenten demonstrirt Redner seine Methode der Controle der äusseren Kehlkopfmuskeln.

Robert Levy (Denver): Die Prognose der Larynxtuberculose.

Vortr. ist der Ansicht, dass zweckmässige chirurgische oder medicinische Behandlung einen hervorragenden Einfluss auf die Prognose diese Erkrankung haben kann und behauptet, dass nach seiner Erfahrung solche Fälle, in welchen die Epiglottis, die aryepiglottischen Falten, oder beide in Mitleidenschaft gezogen sind, die schlechteste Prognose geben.

Edwin Rosenthal (Philadelphia): Die Behandlung des chronischen Croups.

Vortr. berichtet, dass er häufig Stenose in Fällen hat eintreten sehen, in welchen die Intubation ausgeführt und die Tube 10 Tage nach eingetretener Heilung entfernt worden war. Desgleichen konnte sie beobachtet werden, wenn die Intubation nicht vorgenommen und anscheinend alles in Ordnung war. In einem vom Vortr. beobachteten Fall von Stenose, 5 Wochen nach einem Diph-

therieanfall, fanden sich nur Streptokokken. Die Stenosen-Symptome verschwanden prompt nach Injection von 10 ccm Antistreptokokkenserum. Die Streptokokkeninfection kann allein Croup erzeugen. Vortr. hat durch Wasserstoffsuperoxyd im Anschluss an andere Varietäten von Diphtherie secundär Croup erzeugen sehen. In einem Fall von Diphtherie hat er 20000 Antitoxineinheiten verabfolgt. Er pflegt das Antitoxin sofort anzuwenden, und wenn er später Streptokokken findet, ausserdem noch von Antistreptokokkenserum Gebrauch zu machen.

Emma E. Musson: Infectiöse Granulome des Pharynx.

Vortr. berichtet über einen Fall von infectiösem Granulom des Pharynx, verursacht durch den Bacillus mallei. Es wurde wiederholt von mikroskopischen Untersuchern als Sarcom angesehen und erst durch die schliessliche bacteriologische Untersuchung wurde als Ursache Rotz festgestellt. Vortr. hat irgend einen Hinweis auf den Infectionsmodus nicht finden können. Der Fall endigte letal, ohne dass sich die directe Ursache feststellen liess.

2. Tag: Mittwoch, den 7. Juni.

L. C. Cline (Indianopolis): Beobachtungen an 150 Fällen von Highmorshöhlenerkrankung.

Von den vom Vortr. beobachteten Fällen litten 6 an Sarkom des Oberkiefers. Alle diese Patienten gaben an, dass sie Zahnschmerzen gehabt hatten, was den Vortr. zu der Annahme veranlasst, dass der langdauernde Reizzustand, ausgehend von einem Wurzelabscess, das Antrum in Mitleidenschaft gezogen und so bei der Entstehung des Sarcoms eine Rolle gespielt hat. Die Fälle von Abscess des Antrums zerfallen ihrer Aetiologie nach in 1. solche, die von einer Zahnerkrankung, 2. solche, die von einer Nasenerkrankung ausgehen und 3. in solche, die im Gefolge der Influenza auftreten. 20 Fälle waren chronische; 75 pCt. sassen auf der rechten Seite; Ethmoiditis bestand in 11 Fällen. Vortr. wurde unterstützt bei der Diagnose durch das Wasserstoffsuperoxyd. Nach seiner Ansicht ist die beste Operationsmethode, die auch die beste Drainage ermöglicht, diejenige vom Alveolarfortsatz aus. Wenn eine Canüle nothwendig wird, so bedient er sich eines Silberdrahtes, der in bestimmte Form und Grösse gebogen wird.

D. B. Kyle (Philadelphia): Die Beziehung der Nasenhöhle und Nasennebenhöhlen zu Zahnerkrankungen.

Vortragender betont, dass abnorme und pathologische Zustände der Zähne Verstopfung der Nase und Erkrankungen bedingen, welche zu beziehen sind auf: 1. Unregelmässigkeiten in der Bildung des Alveolarfortsatzes, die die Zähne in das Antrum oder in die Nasenhöhlen eindringen lassen und so die Verbreitung des Erkrankungsprocesses ermöglichen. 2. Abnorme Bildung der Nase oder des Antrums, mit secundärer Erkrankung der Zähne. Die Mundathmung contrahirt die Gaumenbögen, verursacht Erkrankungen der Zähne und eine charakteristische Form der Nase. Die Periode von der Geburt bis zum Eintritt der Knochenverbindungen ist die günstigste Zeit zur Correction der Abnormitäten und Deformitäten.

Daumenlutschen verursacht charakteristische Veränderungen am Oberkiefer und Nasenboden. Das Eindringen der Zähne in das Antrum verursacht weitere Anomalien der Entwickelung. Es können sich auf Grund von Zahnerkranknngen Gase im Antrum bilden; Vort. betrachtet eine auf Zahnerkrankung in dieser Gegend hinweisende Anamnese, mit folgendem Verschwinden des Schmerzes und späterer Entwickelung eines Druckgefühls in der Wangengegend mit dauernder oder intermittirender Ozaena als verdächtig.

T. R. Chamber's (Jersey-City): Enzyme bei der Behandlung der Nasenpolypen. Angiom der Nase und chronische Otitis.

Das proteolytische Enzym, das Vortr. bei obengenannten Erkrankungen anwandte, wurde durch directe Extraction der Verdauungsdrüsen eines Schweinemagens unter schwachem Ansäuern gewonnen. Nach der Verdünnung mit einer gleichen Menge Wassers enthielt das Präparat procentisch etwa ebenso viel Salzsäure als normaler Magensaft.

3. Tag: Donnerstag, den 8. Juni.

Christian R. Holmes (Cincinnati): Hypertrophie der Muscheln und ihre Beziehung zur Nasopharynx- und Mittelohrentzündung, mit Schlussfolgerungen aus 1500 Operationen.

H. illustrirt seinen Vortrag durch mikroskopische Bilder unter Benutzung des Projectionsmikroscops. Anstatt von der mittleren Muschel nur ein Stück abzutragen, entfernt er den ganzen Knochen mit einer besonders construirten Scheere. Die untere Muschel wird mit einer sehr engen Säge angesägt. Die erste Incision wird von unten nach oben gemacht und dann von innen nach aussen. Wo das Gewebe zu üppig ist, wird die Säge zurückgezogen und die herabhängende Partie entfernt. Redner beabsichtigt damit eine Knochennarbe zu erzielen. — Die Instrumente werden demonstrirt, sowie die Operationsmethode an der Leiche. Vortr. hat stets gute Resultate gehabt. Cocainanästhesie und absolute Ruhe genügten zur Verhütung von Hämorrhagien.

M. H. Cryer (Philadelphia): Die anatomischen Variationen der Nasenhöhle und der dazu gehörigen Theile.

C. spricht sich dahin aus, dass die Varietäten so gewöhnlich sind, dass man nicht einmal genau sagen kann, was die Norm und was Varietät ist. Der Beruf kann allgemeine Bildung und Charakter von Gesicht und Schädel besonders in jungen Jahren modificiren. Das Klima und seine begleitenden Umstände haben ebenfalls Einfluss auf die Schädelform. Eine Schädelseite wird häufig von der anderen durchaus verschieden gefunden. — C. illustrirt seine Ausführungen durch stereoscopische Bilder und demonstrirt viele Präparate, die erkennen liessen, dass zahlreiche Schädel 5 Meatus besitzen, während bis jetzt die Existenz von nur 4 angenommen wurde.

Carolus M. Cobb (Lynn): Kopfschmerzen nasalen Ursprungs.

Vortr. berührt kurz einige intranasale Affectionen, die mit Kopfschmerzen

einhergehen und zieht den Schluss, dass die Untersuchung eines Patienten, der an Kopfschmerzen leidet, unvollkommen ist, so lange die Nasenhöhlen nicht auch untersucht worden sind. Er bedient sich seit einiger Zeit der von H. B. Claudler (Boston) vorgeschlagenen Untersuchungsmethode zur Bestimmung, ob asthenopische Erscheinungen auf Nasenkrankheiten zurückzuführen sind oder nicht. Zur Feststellung der Diagnose beobachtet man den Einfluss concentrirten Lichtes auf die Action der Pupillen. Wenn sich die Pupille durch derartige Belichtung schnell contrahirt und sich dann schnell wieder erweitert, ist die Asthenopie auf intranasale Erkrankung zurückzuführen. Die mit dieser Pupillenreaction vergesellschafteten Nasenerkrankungen sind fast stets entzündliche Zustände der mittleren Muschel, chronische Rhinitiden auf Grund von Allgemeinerkrankungen, wie Uricacidämie und andere Formen von Autointoxicationen. Die Asthenopie wird durch die Nasenerkrankung noch gesteigert, wenn gleichzeitig Refractionsanomalien bestehen.

H. V. Würdemann (Milwaukee): Sarcom der Nasenwege.

Redner berichtet kurz von einem Falle, in welchem zahlreiche Geschwülste entfernt und ihre Basis cauterisirt worden waren. Dieselben erwiesen sich bei der Untersuchung als Rundzellensarkom. Seit 1891 trat kein Recidiv auf. Abgesehen vom pathologischen Interesse des Falles ist die Thatsache der dauernden Heilung eines Nasensarkoms von Bedeutung, da bewiesen wird, dass derartige Fälle zuweilen geheilt werden können durch frühzeitige radicale Beseitigung der Tumoren.

A. R. Baker (Cleveland): Adenosarkom des Nasenseptums.

Im ersten Falle handelte es sich um einen erwiesenermaassen gutartigen Fall, im zweiten um einen malignen. Die Rouge'sche Operation wurde ausgeführt und seit 14 Monaten kein Recidiv beobachtet.

Louis J. Lautenbach (Philadelphia): Die Behandlung der Adenoiden des Nasenrachenraumes.

Redner bedient sich seines eigenen oder des Stahlfingernagels zur Entfernung der Tumoren. Diese Procedur wird am nächsten Tage und dann alle 3—4 Tage wiederholt, bis der Patient geheilt ist. Aethernarkose betrachtet er als zu gefährlich und einen grösseren Eingriff in Narkose als inhuman.

Seine Ansichten werden von Theisen, Quinlan und Mayer bekämpft. Letzterer betont, dass er sich niemals der Finger bedient, nicht einmal zur Diagnose.

Die Wahl ergiebt als Vorsitzenden für die nächstjährige Versammlung Christian Holmer (Cincinnati, Ohio), als Secretär J. A. Stucky (Latington Ky).

Emil Mayer.

b) Berliner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 26. Januar 1900.

Finder stellt eine 56jährige Patientin mit einem rechtsseitigen Nasentumor vor, der bis ans Nasenloch resp. in den Nasenrachen hineinreicht, die rechte Gesichtshälfte sowie den harten Gaumen und den Bulbus etwas hervorwölbt. Es handelt sich um ein Carcinom, das in der Universitätsklinik unter ca. 40000 Patienten 5mal beobachtet wurde. Man sieht bei diesen Geschwülsten rhinoskopisch nicht selten dem eigentlichen Tumor schleimpolypenartige Massen aufsitzen, deren mikroskopische Untersuchung dann zu einer falschen Diagnose führen kann; in diesem Fall aber stiess man sofort auf das Carcinom. Dicht unter dem Cylinderepithel des entfernten Stückes sieht man ödematös durchtränktes Bindegewebe und in der Tiefe alveolär angeordnete Gebilde aus cubischen und cylindrischen Zellen. Die Drüsen sind in Wucherung begriffen, so dass von ihnen aus vielleicht die epitheliale Wucherung begonnen hat, resp. der Tumor von der Nase ausgegangen zu sein scheint.

Unger, der die Pat. früher gesehen, glaubt, es handle sich um ein Carcinom des Oberkiefers.

Heymann hält die beim Carcinom zu beobachtenden Schleimpolypen für Reizerscheinungen an der umgebenden Schleimhaut.

Kuttner glaubt, dass es sich um ein Carcinom des Oberkiefers handelt, weil dieser mehr ergriffen ist, als die Nase selbst.

Fränkel: Jetzt macht der Tumor den Eindruck eines Oberkiefercarcinoms; er sah ein solches in einer Reihe von Fällen von den Schleimhäuten ausgehen; in der Umgebung maligner Nasengeschwülste sieht man nicht selten solche von schleimpolypigem Aussehen; es handelt sich dabei aber nicht um bösartig degenerirte Tumoren.

Herzfeld: Neben einer bösartigen Geschwulst kann man in ihren Nebenhöhlen Polypen finden.

Herzfeld stellt einen Pat. vor, bei dem man am Uebergange des r. Arcus palato-pharyng. in die hintere Rachenwand eine kaffeebohnengrosse pulsirende Geschwulst sieht; bei Druck auf die Carotis schwindet die Pulsation.

Bei Aufregungen hat Pat. ein klopfendes Gefühl in der r. Halsseite. Es handelt sich hier um eine erweiterte A. pharyng. ascend. oder vielleicht auch um eine Schlängelung der Carotis interna.

Alexander: Es liegt in solchen Fällen ein Aneurysma oder eine Schlängelung der A. pharyng. ascend. vor. Er sah in einem Falle eine bis zum Tubenwulst resp. Larynxeingang reichende Pulsation an der hinteren Pharynxwand. Die Palpation zeigte, dass sie durch ein 3—4 cm langes Gefäss veranlasst war. Eine dritte Möglichkeit für das Entstehen einer allerdings weniger deutlichen Pulsation ist die Compression eines grossen Gefässes durch eine Geschwulst (Struma u. s. w.).

Schötz sah eine solche Gefässschlängelung häufiger, zuweilen doppelseitig;

einmal beobachtete er ein Aneurysma; dieses ist aber rund und pulsirt nach allen Seiten.

Herzfeld hat die Pharynxpulsation nur drei Mal gesehen.

Sitzung vom 23. Februar 1900.

Sturmann stellt einen Pat. mit Rhinosklerom vor; derselbe leidet seit ca. 6 Jahren an Nasenverstopfung, der sich später Heiserkeit und Athemnoth hinzugesellten.

In der Nase finden sich bläulich schimmernde Knoten, oberflächliche Ulcerationen und Borken; im Nasenrachen eine die unteren $^2/_3$ der Choanen verdeckende Infiltration und eine Verdickung des Septum.

Die Taschenbänder sind stark infiltrirt, zwischen ihnen liegen Borken; die Stimmbänder sind höckrig verdickt, unterhalb derselben finden sich ausgedehnte mit Borken bedeckte höckrige Wucherungen.

Wenngleich die entnommenen Partien unter dem Mikroskop nur kleinzellige Infiltration, derbe Bindegewebszüge mit Spindelzellen ohne Mikulicz'sche Zellen zeigen, so hat doch die bacteriologische Untersuchung Rhinosklerombacillen nachweisen können.

Heymann zeigt einen Knaben mit einem in dem Winkel zwischen linker Wange und Nasenrücken liegenden und in die Nasenhöhle eindringenden fast wallnussgrossen Osteom.

Alexander sah ein solches nach Trauma an der Kieferhöhle entstehen.

Echtermeyer demonstrirt einen Pat. mit einer linksseitigen Recurrenslähmung, die durch ein Oesephaguscarcinom hervorgerufen ist. Innerhalb drei Wochen entstand Medianstellung und seit zwei Tagen besteht Cadaverposition. Bei einem zweiten Pat. zeigt er ein auffallend stark vorspringendes Cornu sup. cart. thyreoid.

Treitel zeigt einen Pat. mit einer Fistel des Thränencanals und eitriger Secretion aus derselben Seite der Nase; die Durchleuchtung erwies die Kieferhöhle dunkel. Bei Eröffnung derselben fanden sich Granulationen an ihrer Innenseite und ein Sequester, der enfernt wurde.

Dann stellt er eine Pat. mit vermeintlichem Lupus der Nase und des Rachens vor; an seiner hinteren Wand befindet sich ein grosses Ulcus.

A. Rosenberg hält dies wegen seiner grossen Ausdehnung, seiner Localisation sowie seiner scharfen und steilen Ränder für ein unzweifelhaft tertiär syphilitisches.

A. Rosenberg stellt einen Pat. mit Lupus der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes vor; fast totale Zerstörung der äusseren und inneren Nase, lupöse Knötchen und Ulcerationen am Velum, den Tonsillen, der hinteren Rachenwand und der Epiglottis.

Kuttner: Ueber Resection der unteren Nasenmuscheln.

K. resecirt die untere Muschel nicht, wenn es sich nicht um hochgradige Hyperplasien handelt, auch nicht, wenn eine circumskripte Volumszunahme und eine Blutüberfüllung der cavernösen Räume vorliegt; vielmehr benutzt er die Scheere nur dann, wenn es gilt, diffuse stark vergrösserte Schleimhautpartien zu entfernen.

Die hinteren Enden schneidet er erst ab, nachdem er das Nasenspeculum entfernt hat, da dieses dabei stört: bleiben diese hängen, so benutzt er zu ihrer Entfernung eine Zange oder Schlinge. Man muss schnell arbeiten, um nicht durch eine Blutung gestört zu werden. Eine Nachblutung kann man zwar nicht immer vermeiden, aber stets beherrschen. Zweckmässig ist es, nach der Operation zu tamponiren. Nach 48 Std. wird der Tampon entfernt. Die Knochenwunde zeigt sich bald von Schleimhaut überkleidet. Wenn man nicht zuviel vom Knochen fortnimmt, so ist nicht bloss der Erfolg ein guter, sondern es treten auch keine späteren Nachtheile (Trockenheit u. s. w.) auf.

Flatau macht die Resection aus denselben Indicationen; einmal hat er sie vorgenommen, um eine knöcherne Choanalatresie operativ beseitigen zu können. Er tamponirt nach der Resection, für die man die Indicationen vorsichtig stellen soll, mit Xeroformgaze.

Schötz liebt die Scheere nicht; er kaut gewissermassen die überschüssige Schleimhaut mit einem Hartmann'schen Conchotom ab, dessen Löffel eine ovale Oeffnung haben.

A. Rosenberg schneidet bei nicht zu hochgradiger Hyperplasie, wo andererseits die Galvanokaustik nicht ausreichenden Erfolg bringt, die überschüssige Schleimhaut ohne Knochen mit der Scheere ab.

Flatau hat öfter den Eindruck gewonnen, als setze die Galvanokaustik einen Wachsthumsreiz für die knöcherne Muschel.

Kuttner besteht nicht auf der Scheere, acceptirt vielmehr auch jedes andere geeignete Instrument.

Sitzung vom 23. März 1900.

B. Lewy: Ueber hyaline Ablagerungen in Nasenpolypen.

Sie finden sich fast regelmässig in Nasenpolypen und zwar in Form einer Kugel, eines Ei's, oder es liegen zwei oder eine Reihe von Kugeln nebeneinander oder sie sind unregelmässig gestaltet, liegen frei oder in Zellen eingeschlossen, deren Kern dann wandständig ist. Sie nehmen saure und basische Farbstoffe an. L. konnte sie auch nachweisen in der hyperplastischen Schleimhaut der unteren Muscheln und auch in anscheinend normaler Schleimhaut; sie fanden sich ferner in atrophischer Magenschleimhaut. Sie sind als Russel'sche Fuchsinkörperchen beschrieben und wurden auch schon einmal als Carcinomparasiten angesprochen, von Stepanow auch bei Rhinosclerom gefunden. Sie sind aber keine Parasiten; die Russel'sche Färbung hängt zusammen mit der Fettablagerung und in der That färben sie sich in Osmium schwarz (fettige Degeneration).

Die angebliche Hyalinablagerung hängt also muthmasslich zusammen mit der Fettablagerung; an der Basis der Polypen finden sich auch nicht selten Fettzellen. Wenn jene Körperchen auch zum Theil mit Fett identisch sein mögen, so geben doch andererseits die Fettzellen nicht die Färbung wie die hyalinen Ablagerungen.

Brühl fragt, in welcher Art von Zellen die hyalinen Ablagerungen sich finden; er glaubt, dass das Hyalin aus den mononucleären Leucocyten komme.

Alexander: Hyaline Ablagerungen kann man in allen Polypen nachweisen, wo sie auch sich finden mögen, auch in Kehlkopfpolypen. Sie kommen vor in Bindegewebs-, Wander- und anderen Zellen. Wo das Gewebe hochgradig hyalin degenerirt ist, sind wenig hyaline Zellen vorhanden, wo es weniger degenerirt ist, mehr. Okada wies Hyalin im Schleim der Polypencysten nach; da ferner Beziehungen zwischen Fett- und Schleimgewebe bestehen, beziehen sich dieselben vielleicht auch auf das Hyalin.

Grabower fragt, ob die erwähnten Körperchen nicht vielleicht in Coagulationsnekrose befindliche Zellen sind.

Levy: Die hyalinen Kugeln befinden sich in verschiedenen Zellen und zwischen Epithelzellen; möglich, dass sie von den Bindegewebszellen geliefert werden. Um eine Coagulationsnekrose handelt es sich wohl nicht; da die Zellen einen deutlichen Kern haben, sind sie wohl keine absterbenden.

Brühl: Demonstration einer neuen Methode zur anatomischen Untersuchung der Nase.

B. demonstrirt 14 Präparate, durchsichtig gemachte Schädel, an welchen die Nebenhöhlen der Nase mit Wood'schem Metall ausgegossen sind. An den einzelnen Präparaten werden anatomische Varietäten, die durch diese Methode deutlich zur Anschauung gebracht werden, besprochen. Die Methode ist in der Zeitschr. f. Ohrhkde. XXXVI. 1. 2. veröffentlicht.

A. Rosenberg: Anomalien der Valleculae.

R. bespricht die durch anomale Insertion resp. Verlauf der Lig. glosso-epigl. med. lateral., sowie der pharyngoepigl. hervorgerufenen Formveränderungen der Valleculae; insbesondere demonstrirt er die Präparate, bei denen in Folge erheblicher Verbreiterung der Plicae glossoepigl. laterales die Valleculae wie überdacht erscheinen. Die Sinus pyriformes sah er bei einigen Patienten in ihrem medianen Theil wie von einer Schleimhautfalte verdeckt, so dass dieselben eine ovoide Gestalt annahmen. (Wird im Arch. f. Laryng. veröffentlicht werden.)

A. Rosenberg.

c) **L. Jankau** (München). **Taschenbuch nebst Specialisten-Verzeichniss und Taschenkalender für Ohren-, Nasen-, Rachen- und Halsärzte auf das Jahr 1901.** Seitz u. Schauer, München 1900.

Von diesem verdienstlichen Werklein ist vor kurzem der sechste Jahrgang erschienen. Von neuem muss das Bestreben des Verfassers: jede weitere Auflage praktisch brauchbarer zu machen, rühmend hervorgehoben werden. Der Jahrgang 1901 bringt wieder zahlreiche Beweise hierfür. Es ist in der That erstaunlich und seitens aller Interessenten dankbar zu begrüssen, welch' reicher Inhalt sich in knappem Rahmen vereint findet. Vieles Wissenswerthe ist hinzugekommen, das Ganze ist übersichtlicher eingetheilt — obwohl in dieser Beziehung vielleicht noch manches zu thun wäre — und einiges weniger Geeignete ist fortgelassen worden. — Am meisten lässt wohl das Personalverzeichniss zu wünschen, das, wie der Verfasser sagt, und wie wir ihm gern glauben wollen, ihm schon vielen Kummer und Mühe gemacht hat. Die bezüglichen Vorschläge, die ich mir vor etwa $1^1/_4$ Jahren zu machen erlaubt habe (Centralblatt XV, p. 470), haben sich anscheinend nicht verwirklichen lassen. Hoffentlich lässt sich der Verfasser nicht abschrecken, in dieser Beziehung noch nach grösserer Vollendung zu streben. Jedenfalls sei das jetzt schon Gebotene dankbar anerkannt und begrüsst. — Eine kleine Ausstellung aber muss ich zum Schlusse noch machen: „Entdecker der Laryngoskopie" ist nicht Czermak, wie es auf Seite 56 des Jankau'schen Büchleins angegeben ist, sondern unser Altmeister Manuel Garcia, der vor wenigen Tagen seinen 97. Geburtstag gefeiert hat. Czermak und Türck haben die Garcia'sche Entdeckung für die medicinische Praxis verwerthet.

Felix Semon.

III. Briefkasten.

Varia.

Die Wittwe und der Sohn Dr. Horace Green's, eines der ersten Pioniere der Laryngologie, haben der New York Academy of Medicine eine lebensgrosse Büste des Verstorbenen geschenkt.

Die British Medical Association hält ihre 69. Jahresversammlung vom 30. Juli bis 2. August 1901 in Cheltenham ab. Vorsitzender der Section für Oto-Laryngologie ist Mr. T. Mark Hovell, Secretaire Dr. W. Lamb und Mr. J. Braine-Hartnell.

Der 23. Jahrescongress der American Laryngological Association findet in New Haven, Connecticut vom 27. bis zum 29. Mai 1901 statt. Secretair der Gesellschaft ist gegenwärtig Dr. James E. Newcomb, 118 West 69th Street. New York.

Druck von L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XVII. Berlin, Mai. 1901. No. 5.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, Medicamente etc.

1) **J. Sendziak. Die krankhaften Veränderungen in Kehlkopf, Nase, Rachen und Ohr bei den acuten Infectionskrankheiten. (Zaburcenia noso-gardlano-krtanioso-uszne przy ostrych chorobach zakarnych.)** *Nowiny lekarskie. No. 19, 20. 1900.*

Schluss der Arbeit, vide Referat Centralblatt. No. 1. 1901.

A. v. SOKOLOWSKI.

2) **J. Elgart** (Brünn). **Ein Beitrag zur Kenntniss des Scharlachs und der Masern.** *Wiener klin. Wochenschrift. No. 38. 1900.*

E. hält es für höchst wahrscheinlich, dass es möglich ist, durch Inhalation von desinficirenden Flüssigkeiten die Entwickelung von Scharlach- und Masern-epidemien zu verhindern, wenn die Intensität des eingeschleppten Falles oder der Typus der Epidemie in der Umgebung ein milder ist.

CHIARI.

3) **Glatzel. Zur Casuistik der intrathoracischen Aneurysmen mit besonderer Berücksichtigung der aktinoskopischen Untersuchung.** *Fraenkel's Archiv für Laryngologie. Bd. XI. H. 1. p. 120. 1900.*

Krankengeschichten von 5 Fällen. Verf. bespricht besonders die Pulsationen an Larynx und Trachea, die Stimmbandlähmungen und den aktinoscopischen Befund. Der Arbeit sind die von jedem Fall aufgenommenen ausgezeichneten Röntgenbilder beigegeben.

F. KLEMPERER.

4) **Hicguet. Vorstellen eines Falles von Lepra. (Présentation d'un cas de Lèpre.)** *La Policlinique. No. 9. 1900. Annal. de la Soc. Med. Chir. du Brabant. No. 2. 1900.*

65jähriger Arbeiter, welcher 9 Jahre in Brasilien zugebracht, bekam zuerst Epistaxis, dann Leprome der Zunge, darauf Infiltrationen des Zahnfleisches und des

Gaumens, der Epiglottis und des Kehlkopfeingangs neben den sonstigen Krankheitserscheinungen.

BAYER.

5) **W. H. Smith. Zweigformen des Tuberkelbacillus im Sputum. (Branching forms of the tubercle bacillus in the sputum.)** *Journal of the Boston society of med. sciences. 20. Februar 1900.*

Eine ausreichende Zahl von Beobachtungen wird angeführt zum Beweise, dass der Tuberkelbacillus ungewöhnliche Formen annehmen kann: dieselben können unter dem Bilde der fadenförmigen Verzweigung, der Sprossung perlenschnurartig oder in plumpen Formen auftreten. Diese unregelmässigen Formen sind am häufigsten in 3 oder 4 Monate alten Glycerinagarculturen gefunden worden, im Sputum und im Caverneninhalt.

EMIL MAYER.

6) **W. Freudenthal. Ueber Wiederbelebung scheintodter Neugeborener durch Laborde's Methode. (On the resuscitation of apparantly dead newborn by Laborde's method.)** *Philadelphia Medical Journal. 10. März 1900.*

Das Verfahren kostet keine Zeit zum Erlernen und nur wenige Augenblicke zur Ausführung. Es ist wirksam und gefahrlos. Daher empfiehlt Verf. nochmals den „Epiglottiskitzel" in allen Fällen von tiefer Asphyxie.

EMIL MAYER.

7) **H. Renshaw. Sondenfütterung bei Bulbärparalyse. (Oesophageal feeding in bulbar paralysis.)** *Brit. Med. Journal. 15. März 1900.*

Ein Fall wurde 3 Jahre lang, ein anderer 18 Monate lang mit der Schlundsonde ernährt.

ADOLPH BRONNER.

8) **C. A. Ewald. Ueber extrabuccale Ernährung. (Extrabuccal feedtug.)** *Therapie der Gegenwart. S. 433. 1900. N. Y. Medical Record. 25. August 1900.*

Die Ernährung durch den Mund kann ersetzt werden entweder durch 1. Rectalernährung mittelst Nährklysmen, 2. Ernährung durch die Haut mit subcutanen oder intravenösen Injectionen oder 3. durch Fistelernährung nach Gastrostomie. Wenn auch keine dieser Methoden im Stande ist, das Leben unbegrenzt zu erhalten oder den Anforderungen des normalen Stoffwechsels zu genügen, so sind sie doch sehr zweckmässig zur Erhaltung eines zeitweiligen Ernährungsgleichgewichts bei geschwächten Personen.

LEFFERTS.

9) **Mendel** (Paris). **Anwendung von Sauerstoff durch tracheale Injection von Wasserstoffsuperoxyd. (Administration de l'oxygène par l'injection trachéale d'eau oxygénée.)** *Académie de médecine. 30. Januar 1900.*

Es ist dies eine neue Anwendungsweise der intratrachealen Methode, die M. in der letzten Zeit warm befürwortet.

Nach zahlreichen Vorversuchen an Hunden hat er die intratracheale Injection von Wasserstoffsuperoxyd beim Menschen angewandt, um die klassischen Sauerstoffinhalationen zu ersetzen.

Die dazu verwandte Spritze enthält 3 ccm. Man injicirt hinter einander 3—4 Spritzen von 10 proc. Wasserstoffsuperoxyd in einer Sitzung. Diese Procedur kann man zweimal täglich vornehmen. Man injicirt auf diese Weise den Werth von 3—400 ccm Wasserstoffsuperoxyd pro Tag.

Das Wasserstoffsuperoxyd muss frisch bereitet sein und in wohl verschliessbaren Fläschchen aufbewahrt werden.

Was die Technik betrifft, so verzichtet M. auf die Controle mit dem Spiegel bei der Ausführung der intratrachealen Injection. Er macht sie ohne zu sehen bei hervorgezogener Zunge. Die kurze Canüle gleitet sanft hinter Zunge und Epiglottis und in diesem Moment hebt der Operateur die Hand etwas und sendet die Flüssigkeit in den Larynx.

Die Injection der Flüssigkeit in die Trachea verursacht weder Spasmen, noch Husten.

M. wandte die Behandlung während 3 Monaten an 12 Kranken an, die alle in verschiedenen Stadien tuberculös waren; Besserung der Athmung, Kräftezunahme, Rückkehr des Appetits waren die therapeutischen Erfolge, die er stets beobachten konnte.

PAUL RAUGÉ.

10) **Klein** (Giessen). **Ueber einen neuen verbesserten Respirator.** *Münchener med. Wochenschrift. No. 19. 1900.*

Derselbe ist aus Aluminiumdraht und Aluminiumgewebe gefertigt, äusserst leicht und kann, Mund und Nase bedeckend, jeder Gesichtsform angepasst und durch ein leichtes Gummiband bequem an den Ohren befestigt und nach dem Gebrauch durch Auskochen gründlich gereinigt werden. Zu haben bei Wistkemann u. Co. in Collar (Oberhessen).

SCHECH.

11) **W. Freudenthal. Elektrisches Licht. Seine physiologische Wirkung und sein therapeutischer Werth bei Tuberculose des Halses und der Lungen. (Electric light. Its physiological action and therapeutic value in tuberculosis of the throat and lungs.)** *N. Y. Medical Record. 27. October 1900.*

Eine ausführliche Arbeit, die ein sorgfältiges Studium des Originals verlangt. Ein kurzes Referat könnte ihr nicht gerecht werden.

LEFFERTS

b. Nase und Nasenrachenraum.

12) **Wm. E. Casselberry. Erkrankungen der Nase und des Halses in Beziehung zur voraussichtlichen Lebensdauer. (Diseases of the nose and throat in relation to life expectancy.)** *N. Y. Medical News. 21. April 1900.*

Unwesentliche Katarrhe werden leicht mit ernsteren Nasenerkrankungen verwechselt, welche die Lebensdauer verkürzen können und die deshalb bei der Untersuchung nicht übersehen werden sollten. Als an erster Stelle hierher gehörig betrachtet der Verf. chronische Eiterungen der Highmors-, Stirn- und Siebbeinhöhle. Die Bedeutung der Nasenpolypen für die Lebensversicherungsuntersuchung variirt nach der Individualität des Falles. Wenn dieselben vereinzelt oder klein sind und nach der Beseitigung nur wenig zu Recidiven neigen, bedeuten sie nur ein unbedeutendes Risico; wenn sie dagegen zahlreich und gross sind und hartnäckig recidiviren, sollte eine gründliche Entfernung der Polypen regelmässig als Vorbedingung der Aufnahme verlangt werden. Ebenso ist Asthma,

wenn es auch nicht allein durch Nasenpolypen und polypöse Hypertrophien der Siebbeingegend verursacht wird, doch so häufig mit solchen vergesellschaftet und durch solche verschlimmert, dass man die Neigung zu Asthma als eine eventuelle Complication zu betrachten hat, welche, wenn sie vielleicht auch momentan nicht neben den Polypen besteht, doch später leicht daraus hervorgehen und die Lebensdauer ungünstig beeinflussen könnte.

Was die chronischen Nasenaffectionen angeht, so soll der Untersucher Charakter und Localisation eines Nasenausflusses stets verfolgen, zuerst in dem Gedanken an Sinusempyem; der Grad und die Dauer einer Obstruction der Nase sind stets festzustellen, besonders in dem Gedanken an ein Neoplasma; Foetor und Krustenbildung legen den Gedanken an Syphilis nahe. Alle diese Erkrankungen können die Lebensdauer wesentlich abkürzen. Die Erkrankungen des Kehlkopfes verlangen eine genauere Diagnose zur Beurtheilung der Lebensdauer, denn dies Organ ist der Lieblingssitz von obstructiven Erkrankungen und progressiv tödtlichen Leiden, wie Tuberculose und Carcinom.

LEFFERTS.

13) **E. Fletcher Ingals. Die Bedeutung von Nasen- und Halserkrankungen für die Aufnahme in Lebensversicherungen. (The relation of diseases of the nose and throat to life-expectancy.)** *The Philadelphia Medical Journal. 12. Mai 1900.*

Gewöhnlich werden die Untersuchungen der Nase und des Halses bei der Untersuchung für Lebensversicherungen nicht viel ausmachen, jedoch kann bei einer gewissen Anzahl von Bewerbern eine gründliche Untersuchung dieser Partien Veranlassung geben, Personen zurückzuweisen, die im Uebrigen aufnahmefähig erscheinen, da im Laufe von 1 oder 2 Jahren Krankheiten sich entwickeln können, welche die Lebensdauer erheblich abkürzen. Daher sollten solche Untersuchungen immer vorgenommen werden, wenn die Heredität oder persönliche Anamnese, das allgemeine Aussehen oder ein schneller Puls den Untersucher auf eine beginnende Lungen- oder Herzerkrankung hinweisen.

EMIL MAYER.

14) **Gustav Killian. Ein Fall von acuter Perichondritis und Periostitis des Nasenseptums dentalen Ursprungs. (A case of acute perichondritis and periostitis of the nasal septum of dental origin.)** *N. Y. Medical Record. 24. Februar 1900.*

Es bestanden erhebliche Schmerzen und übelriechender eitriger Ausfluss aus der linken Nase. Der linke zweite Schneidezahn verursachte Schmerzen. Die Schleimhaut des Nasenseptums wurde incidirt und behandelt. 6 Monate später kam der Patient wieder; der Zahn wurde extrahirt und eine Cyste entdeckt, welche excidirt wurde. Darauf hin erfolgte Heilung.

LEFFERTS.

15) **Edwin Pynchon. Geringe Unregelmässigkeiten des Nasenseptums. (Slight irregularities of the nasal septum.)** *Laryngoscope. Juli 1900.*

Verf. bespricht die von ihm als „vordere weiche Hypertrophie“ am Septum bezeichneten Zustände, die mit dem Galvanokauter ganz gut entfernt werden können. Die hinteren blassen Hypertrophien auf einer Seite des Septums verlangen ähnliche Behandlung. Bei der Inspection einer verstopften Nase achten

wir zuerst auf die Höhe und Farbe derselben, die besonders abhängig sind von der Friction durch die ein- und auspassirenden Luftströme, welche natürlich mit mehr Gewalt auf hervorspringende Punkte des Septums auftreffen und diese dabei in einen trockenen und gereizten Zustand versetzen. Andererseits kann schon eine kleine Schwellung Beschwerden machen, wenn der Patient mit der kranken Seite nach unten gelagert ist. Die Secretionen werden für eine Zeit zurückgehalten und befördern die Autoinfection.

EMIL MAYER.

16) **J. Homer Coulter. Die Aetiologie der Septumdeviationen. (The etiology of deflected septum nasi.)** *Chicago clinic. Mai 1900. Journal Amer. Medic. Assoc. 21. Juli 1900. N. Y. Medical Journal. 7. Juli 1900.*

1. In vielen Fällen, wenn auch nicht immer, ist Rhinitis die Ursache und nicht die Folge der Septumdeviation. 2. Einfaches Trauma ist nicht, wie gewöhnlich angenommen wird, die häufigste Ursache, aber gewöhnlich ein wichtiger Factor, besonders wenn sich die Deviation bei jungen Patienten findet. 3. Die Deviation wird in der Kindheit nicht gefunden, weil die Prominenz der Muscheln gewöhnlich noch nicht genug entwickelt ist, um eine wirkliche Stenose zu verursachen. 4. Wenn dieselbe, wie manche behaupten, die Folge von Ueberernährung ist, warum dann diese Patienten operiren vor der völligen Entwickelung, und nicht abwarten, ob die Affection zurückgeht?

LEFFERTS.

17) **J. Gibb. Wishart. Entfernung von Spinen des Septums. Eine Bemerkung über die Anwendung des Carmalt-Jones'schen Meisselinstrumentes. (Removal of septal spurs. A note upon the use of the Carmalt-Jones spokeshave.)** *Laryngoscope. Juli 1900.*

Das angewandte Instrument ist das von Stearus Bros (London) gefertigte mit dem grossen viereckigen Fenster. Die Vortheile, welche Verf. dieser Operationsmethode nachrühmt, sind folgende:

1. Abwesenheit von Blutungen bis zum Ende der Operation; daher der Vortheil, dass das Gesichtsfeld nicht verlegt wird.
2. Grosse Zeitersparniss bei der Operation.
3. Fast gänzliches Fehlen von Schmerz oder Angst des Patienten.
4. Der befriedigende Heilungsverlauf.

EMIL MAYER.

18) **D. Bradew Kyle. Geeignete Behandlung gewisser Fälle von Deviationen und Excrescenzen der Nase. (Appropriate treatement of certain varieties of nasal deflections and redundancy.)** *Laryngoscope. Juni 1900.*

Sieben Fälle von Deviation der Nase werden mitgetheilt. Der Autor empfiehlt die Ausschneidung des dislocirten Knorpels, hält aber die Naht der gespaltenen Schleimhaut für unnöthig. (Die Ausführung dieser Methode ist so einfach und die Blutung so gering, dass ihre Unterlassung sicherlich kein Vortheil ist. Ref.)

Bei Deviationen des knorpligen und knöchernen Septums befürwortet der Autor zwei longitudinale Incisionen und gewaltsame Biegung mit einer starken Zange. Es werden Röhrchen mit weichem Metall nach Mayer gefertigt, die den Vortheil mit sich bringen, dass man sie leicht nach dem gegebenen Fall formen oder wenn

sie zu lang sind kürzen kann. Nur in 6 von 37 Fällen schlug die Operation fehl. Jede Deviation verlangt eine gewisse Modification der Methode und es giebt keine Operation, die in allen Fällen sicher zum Ziele führt.

EMIL MAYER.

19) **Max Thorner. Beurtheilungen über die Asch'sche Operation bei Deviation des knorpeligen Septums. (Observations on the Asch operation for deviation of the cartilaginous septum.)** *Journal of American Medical Association. 6. Januar 1900.*

(Diese Arbeit, die letzte vor dem frühzeitigen Tode des begabten Laryngologen, die mit seiner gewohnten Klarheit geschrieben ist, berücksichtigt alle Einwände, die bisher gegen diese Operationsmethode erhoben worden sind, und bildet einen werthvollen Beitrag zu der Literatur dieses Gegenstandes. Ref.)

Um erfolgreich zu operiren, muss der Knorpel erst völlig zertrümmert werden, bevor man hoffen kann, ihn dauernd an seinen richtigen Platz zu bringen. Das kann nur dadurch geschehen, dass man ihn fracturirt und so aus der bogenförmigen eine gerade Linie formt.

Die Asch'sche Methode ist unter den Aerzten nicht genügend bekannt, weder hier noch im Ausland, und deshalb beschreibt Verf. die Technik der Operation unter Anfügung einer Illustration der von Asch benutzten Instrumente und seiner, sowie Emil Mayer's Röhren. (In der Abbildung sind irrthümlicher Weise die scharfen Separatoren versehentlich als stumpf dargestellt und umgekehrt.)

Die Mayer'schen Röhren hält er für zweckmässiger, und Asch selbst zieht sie im Allgemeinen seinen eigenen vor.

Verf. empfiehlt gründliche Reinigung des Gesichtes und Rasiren des Schnurrbartes vor der Operation. Er legt Nachdruck auf den wichtigsten Punkt der Operation: die Einführung des Fingers in die stenosirte Seite nach der Operation behufs sorgfältiger Prüfung, ob die Bruchstücke auch an ihrer Basis vollständig fracturirt sind. Der Gebrauch der Zange soll ohne rüttelnde, rotirende oder wackelnde Bewegung geschehen, da das leicht ernsthafte Folgen haben kann.

Die Hartgummiröhren dienen ausschliesslich dazu, das Septum in gerader Richtung zu halten, bis es in seiner neuen Position gefestigt ist, aber nicht es nach der anderen Seite hinüber zu drängen.

Das Rohr soll weit genug sein, um keine Unbequemlichkeit zu verursachen, aber fest passen. Es bilden sich Granulationen, die aber leicht zu behandeln sind. Wo eine Luxation der Cartilago triangularis von der Columna besteht, operirt Emil Mayer zuerst vermittelst submucöser Resection der vorstehenden Knorpelstücke. Wenn Polypen vorhanden sind, müssen sie vorher entfernt werden.

Wo eine Hypertrophie oder bulböse Sckwellung der Muschel besteht, wie sie Delavan beschreibt, soll man vorläufig abwarten; Verf. erblickt darin freilich keineswegs ein gewöhnliches Vorkommniss. Gewöhnliche Hypertrophie geht nach der Operation von selbst merklich zurück.

Verf. hat in 7 Jahren 27 Fälle operirt. Alle waren erfolgreich und die Heilung war dauernd.

Die Operation war ganz besonders von Erfolg bei der Correction von Scoliosen der Nase.

Ueber 3 derartige Fälle wird berichtet, einer ist mit Illustrationen versehen, die den Zustand vor und nach der Operation demonstriren. Von Gefahren der Operation kann die hauptsächlich erwähnte des Eindringens von Blut in den Larynx nicht eintreten, wenn der Kopf bei der Operation gut zurückgebogen wird.

In dem von Robert Levy berichteten letalen Fall trat der Tod nach der Operation ein durch einen Thrombus in Folge von syphilitischer Arteritis.

Verf. schliesst, „dass Asch sich durch die Erfindung und Vervollkommnung dieser Operation den Dank seiner Collegen verdient hat. Gestützt auf fremde und eigene Erfahrungen, die sich über eine Periode von 7 Jahren ausdehnen, muss ich diese Operation als die beste von allen, die jemals zur Behandlung der Deviation des knorpligen Septums ersonnen worden sind, ansehen.

Sie ist einfach, erfolgreich, kann in kurzer Zeit ausgeführt werden und ihre Resultate sind gleichmässig gut und dauernd.

Ich kann mir wohl denken, dass Fälle vorkommen können, in welchen die Operation nicht herangezogen werden kann, aber mir sind solche bis jetzt noch nicht vorgekommen.

In Anbetracht dessen, dass die Asch'sche Operation so sehr erfolgreich ist, habe ich in keinem meiner Fälle jemals das Bedürfniss oder den Wunsch gehabt, eine andere Methode zu versuchen und ich bin durchaus überzeugt, dass unter den zahlreichen, von amerikanischen Rhinologen ersonnenen Operationsmethoden die Asch'sche sicherlich einen bedeutenden Fortschritt in unserer Wissenschaft bedeutet.“

EMIL MAYER.

20) **Henry W. Wandless. Neue Instrumente zur Correction von Unregelmässigkeiten des Nasenseptums. (New instruments for the correction of irregularities of the nasal septum.)** *Annals Otology, Rhinology and Laryngology. Februar 1900.*

Demonstration eines Universalhandgriffs mit abnehmbarer Säge, Raspatorium und einer Hartgummiröhre, die platter und etwas länger als die gewöhnliche ist.

EMIL MAYER.

21) **Sidney Yankauer. Eine Tubularsäge für das Septum. (A tubular septum saw.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. August 1900.*

Das Instrument ist zur Entfernung von Exostosen des Septums bestimmt und besteht zum Theil aus einer Stahlröhre von $^1/_2$ Zoll Durchmesser; es schneidet parallel zu seiner Axe und fasst ungefähr $^1/_4$ vom Umfang der Röhre. Der Griff stellt die Fortsetzung der Röhre dar; die Säge selbst verjüngt sich nach der Spitze zu und ausserdem vom Rücken des Sägeblattes nach der gezahnten Schneide zu.

EMIL MAYER.

22) **Albert C. Heath. Unsere gegenwärtigen Vorstellungen über die Physiologie und Aetiologie der Reflexerkrankungen von Seiten der Nase und des Nasopharynx. (Our present opinions as to the physiology and etiology of reflex diseases of the nose and naso-pharynx.)** *Northwestern Lancet. 15. April 1900.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

23) **Ubertis. Ueber den Einfluss von Reizungen der Nasenschleimhaut auf Herz und Gefässsystem, sowie auf die Athmung. (Influenza dell' irritazione della mucosa nasale sopra il sistema cardio-vascolare e sulla respirazione.)** *Annali di Laringologia ed Otologia. October 1900.*

Verf. hat seine Untersuchungen an Menschen mit gesunder und an solchen mit kranker Nasenschleimhaut, sowie an Hunden und Katzen angestellt. Das Resultat war, gleichviel ob die angewandten Irritantia mechanischer oder chemischer Natur waren, stets das gleiche: Anhalten der Athmung im Exspirium, langsame Rückkehr zur Norm unter unregelmässigen Athembewegungen. Bei Menschen mit erkrankter Nasenschleimhaut und Thieren, deren Nasenschleimhaut man verletzt hatte, traten Respirationsstörungen auf, die man als Spasmus glottidis und selbst als Asthma bezeichnen konnte. Es ist das ganze vom Trigeminus versorgte Gebiet der Nasenschleimhaut, von welchem derartige reflectorische Athmungsstörungen ausgelöst werden können.

Es handelt sich um einen Schutzmechanismus: Werden die Schleimhautendigungen des Trigeminus von Ammoniak- oder Salzsäuredämpfen getroffen, so tritt Athemstillstand im Exspirium ein, die Nasenflügel werden angesogen, die Schleimhaut wird hyperämisch, die kleinen Gefässe der erectilen Partien füllen sich, dadurch wird das Lumen der Nasenhöhle verkleinert und den reizenden Dämpfen der Zugang versperrt.

Was die Einwirkung einer Irritation der Nasenschleimhaut auf das Herz betrifft, so war ein momentaner Stillstand der Herzaction zu constatiren; dann setzten die Herzschläge langsam wieder ein und kehrten erst allmälig zur normalen Frequenz zurück.

Das Maximum der Reizbarkeit fand sich bei Personen mit acuter Schwellung der Nasenschleimhaut, besonders wenn eine neuropathische Veranlagung vorhanden war.

FINDER.

24) **Sir Felix Semon. Nasale Reflexneurosen. (Nasal reflex neuroses.)** *Journ. Amer. Med. Association. 3. März 1900.*

Nach einleitenden Bemerkungen über den stets sprungweisen Fortschritt in der Medicin und die Tendenz zur enthusiastischen Ueberschätzung neuer Theorien beleuchtet Semon die Lehre Hack's von den nasalen Reflexneurosen und constatirt, dass er schnell von seinem anfänglichen Enthusiasmus durch seine eigenen Erfahrungen bekehrt worden sei. Er verwirft nicht etwa die ganze Lehre von den nasalen Reflexneurosen, aber er ist fest davon überzeugt, 1. dass die Häufigkeit und Bedeutung des Einflusses der Nasenschleimhaut für nervöse Symptome entfernter Körpergegenden ausserordentlich durch die Anhänger der Lehre übertrieben worden ist; 2. dass wir bis jetzt noch keine rechte Vorstellung von dem Reflexmechanismus haben; 3. dass es sehr wichtig ist, festzustellen, ob eine Neurose wirklich nasalen Ursprungs ist oder nicht und 4. ob in Fällen, in denen nasaler Ursprung wahrscheinlich ist, Behandlung der Nase dem Patienten nützt. Semon hofft, dass bald zuverlässigere Fingerzeige für die Maassnahmen in derartigen Fällen gegeben werden, da die gegenwärtigen Resultate seiner Ansicht nach noch recht unbefriedigend sind.

EMIL MAYER.

25) **F. Bruck. Nasenreflexe. (Nasal reflexes.)** *N. Y. Medical News. 23. Juni 1900. Berl. klin. Wochenschr. 14. März 1900.*

Vor einigen Jahren befürwortete Rosenberg die Cocainisirung der Nasenschleimhaut vor der Narkose, um die Reizung der Trigeminusendigungen zu vermeiden, welche oft Hemmung des Vagus und der Respirationscentren in der Medulla oblongata hervorruft. Nach zweckmässiger Cocainisirung, sagt Rosenberg, werden diese Reflexe nicht angeregt und so die Narkose, besonders mit Chloroform, viel leichter ertragen. F. Bruck bestreitet, dass die cocainisirten Partien der Nasenschleimhaut anästhetisch werden und ferner, dass der Process sich auf die ganze Schleimhaut ausdehnt. B. findet, dass die Schleimhaut noch 3 Minuten nach der Cocainisirung auf Reize reagirt.

LEFFERTS.

26) **H. Gradle. Aetiologische Studien über Neurosen peripheren Ursprungs. (Etiologic studies on neurosis of peripheral origin.)** *Journal American Med. Assoc. 12. Mai 1900.*

Oft kann man von Patienten, die sich selbst beobachten, erfahren, dass ihre nasale Neurose, z. B. Asthma, sich verschlimmert, wenn ihre Darmstörungen mehr hervortreten, und dass andererseits Sorge für Diät und gute Darmfunction die Nasensymptome und andere dadurch verursachte nervöse Störungen bessert.

In einigen Fällen von Neurosen nasalen Ursprungs müssen wir noch einen anderen Factor in Rechnung ziehen, welcher die Gesundheit untergraben kann: die Existenz von Eiterungen. Gewisse derartige Erkrankungen leiden offenbar an den Folgen einer pyogenetischen Infection, ganz abgesehen von der reflectorischen Betheiligung des Nervensystems. Thatsächlich lehrt zuweilen die Anamnese, dass die Nasenreizung erst nervöse Symptome verursachte, nachdem eine langdauernde Naseneiterung eine Prädisposition geschaffen hatte.

EMIL MAYER.

27) **Heldenbergh. Ueber Migräne; ein Fall von Augenmigräne e aura nasali. (Des migraines; un cas de migraine ophthalmique a aura nasali.)** *La Belgique Méd. No. 4. 1900.*

8jähriger Knabe klagt seit einigen Wochen über eine Reihe unangenehmer Erscheinungen, die anfallsweise auftreten; des Morgens um 5 Uhr macht ihn plötzlich ein Kitzeln in der linken Nase aufspringen; dasselbe wird schmerzhaft und breitet sich gegen die Orbita derselben Seite aus, hauptsächlich nach der Regio supraorbit. hin; zu gleicher Zeit stellt sich Nasenhydrorrhoe und Thränenträufeln ein; kurz darauf treten Sehstörungen auf mit Flimmern vor den Augen bis zum vollständigen Verdunkeln des Gesichts; zuletzt Erbrechen und damit endet die Scene, nach welcher der Knabe wieder einschläft. Da der Autor in der Nase nichts finden konnte, leitete er eine innerliche Behandlung ein, welche vollständige Heilung herbeiführte. Es handelte sich nach ihm um eine „gewöhnliche Augenmigräne“.

BAYER.

28) **Abate. Ueber Nasenhydrorrhoe. (Sull' idrorrea nasale.)** *Bollettino delle malettie dell' orecchio etc. November 1900.*

Ref. theilt 5 typische Fälle von Coryza vasomotoria aus seiner Praxis mit; in keinem derselben war in der Nase eine locale Erkrankung oder Abnormität von

Bedeutung nachweisbar. Als nützlich erwiesen sich dem Ref. während des Anfalls Insufflationen am Orthoform.

FINDER.

29) **W. C. Hollopeter. Heufieber und seine Präventivbehandlung. (Hay-fever. Its preventive treatment.)** *International Medical Magazine. Juni 1900.*

Verf. sieht den primären Ursprung des Heufiebers in dem Nasopharynx und hält es deshalb für möglich, die Infection hintanzuhalten dadurch, dass man die Nasen- und Rachenschleimhaut aseptisch hält und so der Resorption der Ptomaine vorbeugt.

Vorausgesetzt, dass keine ausgedehnten Läsionen bestehen, wird die Nase gründlich mit einer 20proc. warmen Dobell'schen Lösung besprayt. Dann folgt die Application einer gesättigten Borsäurelösung.

Verf. wendet auch folgende Lösung anstatt der Borsäure an:

Rp. Extr. suprarenal. 4,0,
Acid. boric. 1,0,
Aqua cinnam. 16,0,
Aq. camph. (Bull) 32,0,
Aq. dest. (Bull) 64,0.
Macera et filtr. ant. applicat.

Flüssige Vaselinebesprayung, Menthol oder Campher vervollständigen die Behandlung. Dies wird täglich eine Woche lang vor dem zu erwartenden Ausbruch des Anfalles verordnet.

EMIL MAYER.

30) **K. Grube** (Neuenahr). **Die Behandlung des sogen. Heufiebers oder Sommerkatarrhs. (On the treatment of the so called hay-fever or summer catarrh.)** *Lancet. 7. Juli 1900.*

Viele Fälle sind durch Gicht bedingt. Diese können mit Nutzen durch die Wässer von Neuenahr behandelt werden. Fünf erfolgreiche Fälle werden mitgetheilt.

ADOLPH BRONNER.

31) **Nauwelaerts. Das Suprarenidin bei Heufieber. (La suprarenidine dans la fièvre de foin.)** *La Clinique. No. 28. 1900.*

In der Sitzung des Cercle Méd. von Brüssel am 6. Juli 1900 berichtet N. über einige Fälle von Heufieber, in welchen er mit Erfolg Nebennierenextract angewandt hatte. Verschiedene inveterirte Fälle kamen durch die angepriesene Behandlung zur Heilung.

BAYER.

32) **Beaman Douglas. Die Behandlung des Heufiebers mit Nebennierenextract. (The treatment of hay-fever by suprarenal gland.)** *N. Y. Medical Journal. 12. Mai 1900. Medical News. 1900.*

Kein anderes Heilmittel ist für sich allein so wirksam gegen Heufieber als das Nebennierenextract. Es erfüllt alle Indicationen besser, als alle anderen Heilmittel, welche bis jetzt eingeführt worden sind. Sein Erfolg bei Heufieber ist sicherlich befriedigend, wenn es allein angewandt wird, und fast unwiderstehlich, wenn es mit anderen anerkannten Behandlungsmethoden combinirt wird. Es ist fast ein Specificum der Erkrankung und wenn wir es auch nicht als wirkliches

Specificum classificiren wollen, so können wir doch versichern, dass es das werthvollste und wirksamste Mittel in der Behandlung des Heufiebers darstellt.

LEFFERTS.

33) **A. E. Abrams. Heufieber. (Hay-fever.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Mai 1900.*

Eine erfolgreiche Behandlung des Heufiebers verlangt die Beachtung aller Details in den Lebensgewohnheiten des Patienten, der Idiosynkrasien etc. und zwar geraume Zeit hindurch.

Alle chirurgischen Maassnahmen sollen zur Anwendung kommen in der Zeit, wo der Patient nicht unter seiner Krankheit leidet.

Grosse Vorsicht muss bei der Anwendung von Medicamenten aufgewandt werden, da Heufieberkranke gewöhnlich sehr empfindlich gegen solche sind.

EMIL MAYER.

34) **E. Fletcher Ingals. Behandlung des Heufiebers. (Treatment of hay-fever.)** *Journal American Medical Association. August 1900.*

Zu behandeln sind: 1. die Constitutionsanomalien, welche zu den Anfällen prädisponiren, wie rheumatische oder gichtische Diathese, oder Magen- resp. Darmstörungen. 2. Die nervöse Anlage. 3. Die hyperästhetische Schleimhaut.

Die constitutionelle Behandlung soll der gewöhnlichen Zeit des Anfalls wenigstens 1 Monat oder 6 Wochen voraufgehen.

Folgende Recepte basiren auf den obigen Grundsätzen:

Rp. Liquoris Kalii arsenical. 4,0,
Tct. nucis vomicae 8,0,
Tct. gentianae compos. q. s. ad 96,0.
M.S. 1 Theelöffel nach jeder Mahlzeit in Wasser.

Rp. Natrii arsenicosi 0,06,
Extr. nuc. vomicae 0,5,
Ferri sulfur. 3,0,
Natr. carbon. 3,0.
M. f. capsulae No. 30. 1 Kapsel nach jeder Mahlzeit 3mal tägl.

Rp. Chinin. hydrobrom. 2,0,
Spartein. sulf. 0,5,
Extr. Hyoscyami 0,66,
Pulv. camphorae 2,0.
M. f. capsulae No. 30. S. 1 Kapsel 4stündl.

Rp. Liquoris Natrii arsenicos. 32,0,
Tct. Belladonnae 4,0.
M.S. 5 Tropfen in Wasser nach der Mahlzeit als prophylaktische Maassnahme.

Rp. Zinci valerian. 0,18,
Asa foetidae 6,0.
M. f. capsulae No. 24. S. 1 Kapsel nach jeder Mahlzeit.

Rp. Syrupi acidi hydriodici 96,0.
S. 1 Theelöffel nach jeder Mahlzeit 3mal tägl.

Diese Medication ist heilsam, wenn rheumatische Diathese vorliegt. Wenn nöthig, kann mit einer der obigen Medicationen gewechselt werden.

Rp. Liquor. Kalii arsenical. 4,0,
Kalii jodati 6,0,
Vini pepsini q. s. ad 96,0.
M.S. 1 Theelöffel voll in Wasser, 3mal tägl.

Diese Combination ist werthvoll als prophylaktische Maassnahme und während der Anfälle bei rheumatischen Patienten.

Rp. Brucin. phosphor. 0,18,
Extr. hyoscyami 1,0,
Chinin. valerianat. 4,0,
Camphorae 2,0.
M. f. capsulae No. 30. S. 1 Kapsel 4mal tägl.

EMIL MAYER.

35) **C. Magenau** (Heidelberg). **Ueber die sogen. Vertebra prominens im Nasenrachenraum.** *Fraenkel's Archiv für Laryngologie. Bd. XI. Heft 1. p. 101. 1900.*

M. fand in den Büchern der Jurasz'schen Klinik seit 1891 28 Fälle von Vertebra prominens notirt, 12 von diesen, die einem Zeitraum von etwa 14 Monaten angehören, hat er selbst beobachtet. An Leichen, von denen M. eine grössere Anzahl untersuchte, constatirte er 4mal einen von den obersten Halswirbeln ausgehenden Vorsprung im Pharynx. Das Resultat seiner Untersuchungen fasst er dahin zusammen, „dass es sich wohl in der Mehrzahl der Fälle, in denen sich eine von der Wirbelsäule ausgehende Hervorragung im Nasenrachenraum nachweisen lässt, um ein noch im Bereiche des Physiologischen liegendes Gebilde handelt. Dasselbe wird verursacht durch eine besonders ausgeprägte Gestaltung des Oberflächenreliefs der beiden ersten Halswirbel, nämlich das Tuberculum anticum des Atlas, die Crista epistrophei und das diese verbindende Bändchen. Weitere Abweichungen in der Formation der Halswirbel, nämlich Lordose, Drehung in der verticalen Achse, Differenz in der Höhe der Wirbelkörper und der Gelenkfortsätze, sowie Defectbildung der Wirbelbögen können diese Prominenz noch verstärken oder auch zuweilen selbst eine Hervorwölbung der Wirbelsäule bewirken.

Bei Kindern ist vielleicht auch der durch das Schlingen und Würgen auf die hintere Rachenwand ausgeübte Reiz von Einfluss auf die Entwickelung der angrenzenden Wirbelkörperfläche."

Prominenzen dieser Art sind von wirklichen Exostosen, die im Bereiche der Halswirbelsäule vorkommen und beschrieben worden sind, zu trennen.

Die Prominenz ist in den meisten Fällen nur gering; zuweilen aber erreichte sie eine erheblichere Grösse, so dass sie die Untersuchung des Nasenrachenraumes erschwerte oder unmöglich machte, gelegentlich eine Geschwulstbildung vortäuschte und in einigen Fällen sogar das Schlucken erschwerte und die Nasenathmung behinderte.

F. KLEMPERER.

36) **Francis Huber. Nasenrachenerkrankung in der Kinderpraxis. (Naso-pharyngeal disease in pediatric practice.)** Abraham Jacobi-Festschrift 1900. *N. Y. Medical Record. 25. August 1900.*

H. bespricht das Thema vom Standpunkte der Specialisten sowohl, wie des allgemeinen Praktikers. Die Hauptfunctionen der Nase dienen der Respiration und dem Geruchssinn, der Stimmresonanz, der Luftregulation im Mittelohr und in den Nebenhöhlen des Sieb- und Keilbeins. Durchgängigkeit und gesunde Schleimhaut sind dazu wesentlich. Zum Schluss sagt Verf. zusammenfassend: 1. Die Entfernung der Lymphhypertrophien im Nasen- und Mundrachenraum mit der Heilung des gleichzeitigen Nasopharyngealkatarrhs macht die Nase durchgängig. Wenn das früh geschieht, können viele locale pathologische Veränderungen vermieden werden. 2. Der Allgemeinzustand wird sich dabei mehr oder weniger bessern. 3. Die geistigen Fähigkeiten und die allgemeine Intelligenz werden sich heben. 4. Sprach- und Gehördefecte, die auf Nasenerkrankungen beruhen, werden verschwinden. 5. Taubstummheit kann dadurch gebessert werden. 6. Die Geruchs- und Geschmacksfunctionen bessern sich. 7. Verschiedenartige Reflexneurosen werden gebessert oder geheilt. 8. Nasen- und scheinbare Lungenblutungen verschwinden. 9. Thoraxdeformitäten werden gebessert oder geheilt. 10. Die Neigung zu acuter Rhinitis, Pharyngitis, Laryngitis, Bronchitis und Pneumonie werden seltener und seltener mit der Herstellung normaler Athmung. 11. Die Gefahren der Vergrösserung cervicaler Lymphdrüsen werden vermieden. 12. Die Invasion verschiedener Infectionskrankheiten ist weniger wahrscheinlich, wenn die Nasenschleimhaut in gesundem Zustande ist. 13. Die Gefahr meningitischer Infection vom Nasenpharynx aus ist verringert. 14. Ohrcomplicationen, im Allgemeinen und Besonderen solche, die mit Infectionskrankheiten zusammengehen, werden vermieden oder ungefährlicher gemacht.

LEFFERTS.

37) **Aviragnet** (Paris). **Behandlung der Verdauungsstörungen bei Rhinopharyngitis und Amygdalitis chronica. (Traitement des troubles digestifs liés à la rhino-pharyngite et à l'amygdalite chronique.** *Presse Médicale. 20. December 1900.*

Man beobachtet bei Kindern in Folge von Katarrhen im Nasenrachenraum gastro-intestinale Störungen, die erst mit jenen verschwinden.

Diese Störungen erklären sich einfach durch die irritirende Wirkung der Nasen-Pharynx-Secretionen, die unaufhörlich geschluckt werden.

A. räth zur Behandlung Nasenirrigationen und intranasale Injectionen von Resorcinöl nach der Formel

Olei oliv. steril. 20,0,
Resorcini 1,0,
Olei menthae gtt. II.

Die Injection geschieht mittelst einer Spritze von 1 ccm mit olivenförmiger Hartgummispitze. Man legt das Kind hin und injicirt in jedes Nasenloch eine halbe Spritze. Das Oel läuft in den Nasenrachenraum und dann in den Hals.

Man kann mit dieser Behandlung Cauterisation der Granulationen und Entfernung der hypertrophischen Mandeln verbinden.

PAUL RAUGÉ.

38) **E. C. Aviragnet. Verdauungsstörungen und Rhinopharyngitis. (Digestive troubles and rhino-pharyngitis.)** *American Journal of obstetrics and diseases of Women and children. März 1900.*

Es ist eine häufige Beobachtung, dass gastrointestinale Affectionen mit adenoiden Vegetationen zusammen vorkommen. Die Behandlungsmethode des Verf.'s besteht in Irrigationen und Injectionen von resorcinhaltigem Oel. Dasselbe ist antiseptisch, ohne kaustisch oder toxisch zu wirken. Er gebraucht dazu

Ess. menthae pip. gtt. II,
Resorcin 1,0,
Ol. oliv. steril. 20,0.

Das Oel wird auf dem Wasserbad gewärmt, das Resorcin mit einem Glasstab verrührt, bis es gelöst ist und dann im Papin'schen Topf sterilisirt. Dieses Präparat wird in die Nasenlöcher des liegenden Kindes injicirt. Die Behandlung soll etwa 2 Wochen lang Morgens und Abends vorgenommen, dann unterbrochen und während einiger Tage durch eine Mentholsalbe ersetzt, aber bald wieder aufgenommen werden, bis die Rhinopharyngitis gänzlich verschwunden ist.

EMIL MAYER.

39) **Redmond Payne. Gegen Nasenrachenkatarrh. (For naso-pharyngeal catarrh.)** *Occidental Medical Times. Juni 1900.*

Verf. bedient sich einer 2—5proc. Chromsäurelösung, und wiederholt die Application alle 3—4 Tage.

EMIL MAYER.

40) **Cary B. Gamble, L. M. Tiffany Fremdkörper (Zahn eines Zahnrades) eingebettet in Nasopharynx und hinterer Rachenwand. (Foreign body, chisel, imbedded in the naso-pharynx and posterior pharyngeal wall.)** *Philadelphia Medical Journal. 6. Januar 1900.*

Ein Zahn löste sich plötzlich von einem mit grosser Geschwindigkeit vor dem Gesicht des Patienten rotirenden Rade und wurde mit der Schneide nach vorne so gegen ihn geschleudert, dass er das rechte Nasenbein, den rechten Supraorbitalrand und den Augapfel traf, dann durch den Oberkiefer drang und in der hinteren Pharynxwand stecken blieb. Dazu kam noch, dass der Schild- und Ringknorpel, sowie die Trachea bei dem Unfall verletzt wurden. Letztere heilte vollständig. Die Localisation der Fremdkörper wurde durch Skiagramm festgestellt. Nach voraufgehender Tracheotomie wurde der Fremdkörper durch Operation von aussen entfernt. Die Heilung war vollständig.

EMIL MAYER.

41) **A. C. Mukherji. Ein Fall von enormem Nasal- und Postnasal-Polyp. Lähmung und Tod. (A case of enormous nasal and postnasal polypus; paralysis and death.)** *Brit. Med. Journal. 1900.*

Grosser harter Tumor, die Nase verstopfend und in den Nasenrachen sich ausdehnend. Weder Section noch mikroskopische Untersuchung.

ADOLPH BRONNER.

42) **J. M. Ingersoll. Nasenpolypen im Nasenrachenraum. (Nasal polypi in the naso-pharynx.)** *Laryngoscope. August 1900.*

Es werden 3 Fälle mitgetheilt. Die Tumoren wurden entfernt.

In jedem Falle wurden Schnitte durch den Tumor und den Stiel gelegt und mikroskopisch untersucht. Die Oberfläche der Tumoren war mit Cylinderepithel überkleidet; das Gewebe bestand aus diffusem myxomatösem Gewebe. Der Stiel war aus mässig festem Bindegewebe gebildet.

EMIL MAYER.

43) **Trofimord. 1. Nasenrachenpolyp entfernt nach der Methode Ollier. 2. Demonstration zweier Kehlköpfe von Patienten, die nach der Tracheotomie gestorben waren.** *Wratsch. 37. 1900.*

P. HELLAT.

44) **Delagenière** (Le Mans). **Tracheotomie bei bucco-pharyngealen Eingriffen. (Trachéotomie dans les interventions bucco-pharyngiennes.)** *Congrès de Chirurgie. 16.—21. October 1899.*

In gewissen Fällen von naso-pharyngealen Polypen, wo D. die Kocher'sche Methode angewandt hat, empfiehlt er die vorausgehende Tracheotomie, die die Operation wesentlich erleichtert und ihre Gefahren vermindert.

PAUL RAUGÉ.

45) **G. Barrett** (Melbourne - Victoria). **Fibrom des Nasenrachenraumes. Entfernung mit der Schlinge. (Fibroma of the nasopharynx; removed with a snare.)** *International Medical Journal. 20. Februar 1900.*

Die Geschwulst, die etwa doppeltwallnussgross war, ging von der linken hinteren Nase aus. Es wurden 2 erfolglose Versuche gemacht, die Geschwulst unter Cocain zu entfernen.

Sie wurde erst mit Erfolg entfernt unter Chloroformnarkose mit einer durch die vordere Nase eingeführten Schlinge. Die Geschwulst war gestielt. Die bei der Exstirpation entstehende Hämorrhagie war nicht bedeutend.

A. J. BRADY.

46) **Logneki** (Warschau). **Ein Fall von Nasenrachenfibrom. (Przedstasienie okasa włóczniake jamy noso gardsielowej, usuniegtego za pomoca petli galvanokaustycznej.)** *Pamietnik T. L. W. -- posdedtenie 2 dnia. 3 Kwietnia 1900.*

Es handelt sich um einen Tumor von der Grösse eines Eies, der bei einem 15 jährigen Mädchen mittelst galvanokaustischer Schlinge entfernt wurde.

A. v. SOKOLOWSKI.

47) **W. Fedorow. Fibrom der Schädelbasis. (Fibroma osnacranija tscherepa.)** *Dissertation. Petersburg. 1900.*

Die Arbeit, eine fleissige unter der Leitung von Prof. Ratinsow gefertigte Studie, gründet sich auf die Beobachtungen (12), die im Verlaufe von 7 Jahren in der Ratinsow'schen Klinik zur Operation gelangten. Ausserdem werden aus der Literatur 161 Fälle kurz referirt. Neue Gesichtspunkte werden nicht eröffnet. Als Normalverfahren für die Operation wird eine theilweise Resection des Oberkiefers angesehen.

P. HELLAT.

48) **E. C. Ellett. Fibröse Tumoren des Nasenrachenraumes. (Fibrous tumors of the naso-pharynx.)** *The Memphis Lancet. Februar 1900.*

Der erste Fall betrifft einen 16 jährigen Knaben. Nach voraufgehender

Tracheotomie wurde der linke Oberkiefer und dann der Tumor entfernt. Tödtlicher Ausgang.

Der zweite Fall ist ein cystisches Myxochondrom des Nasopharynx, das mit seinem hinteren Ende der linken unteren Muschel angeheftet war. Der Tumor wurde mit der kalten Schlinge entfernt.

EMIL MAYER.

49) **Jacques. Fibröser Polyp des Nasenrachenraumes. (Polype fibroux nasopharyngien.)** *Revue méd. de l'Est. 15. März 1900.*

Junger Mensch von 16 Jahren. Harter obstruirender Tumor der linken Fossa nasalis und zum Theil auch der rechten, der in den Nasenrachenraum hineinragt. Häufiges Nasenbluten. Electrolytische Behandlung führt eine geringe Verkleinerung herbei, stillt aber die schweren Blutungen nicht.

Der Kranke wurde in Bordeaux von Moure durch die natürlichen Wege operirt. Die Operation war schwierig, weil sich die Insertionsstelle des Tumors an der Vorderfläche des Keilbeins und den benachbarten Partieen des Processus pterygoideus befand. Die Abtragung geschah stückweise in verschiedenen Sitzungen. Nach 14 Tagen erkannte man das Vorhandensein eines zweiten Tumors, welcher die ganze Keilbeinhöhle ausfüllte, von der Grösse einer Mandarine. Die Höhlung verkleinert sich nach der Entfernung des Tumors schnell und der Kranke verlässt geheilt die Klinik. Es handelt sich um ein Fibrom, das reich an verzweigten Lacunen ohne eigene Wandungen war.

A. CARTAZ.

50) **Vincent** (Lyon). **Nasopharyngeales Fibrom von abnormem Sitz (Kieferhöhle, Orbita und Fossa zygomatica) mit Entwickelung ohne Hämorrhagie und unter besonderen und schweren Augenstörungen. Abtragung durch temporäre Resection der vorderen äusseren Wand der Highmorshöhle. Schwere Hämorrhagie während der Operation. Zurückbleiben von Sehstörungen (Atrophie der Papille, Blindheit). (Fibrome naso-pharyngien à tiège anormal [Sinus maxillaire; orbite et fosses zigomatique] s'étant développé sans hémorrhagie notable et accompagne de troubles oculaires particuliers et graves. Ablation à l'aide de la résection temporaire de la paroi antero-externe de l'antre d'Highmoré. Hémorrhagie grave pendant l'opération. Persistance des troubles visuels [Atrophie papillaire, cécité].)** *Société de Chirurgie de Lyon. 8. Juli 1900. N. Y. Med. News. 20. October 1900.*

Das Bemerkenswerthe ist, dass das Fibrom in diesem Falle ausserhalb des Pharynx in der Fossa pterygo-maxillaris und der Fossa zygomatica sich entwickelt und sich dann secundär in die Kieferhöhle verbreitet hat.

PAUL RAUGÉ.

51) **Hal Foster. Bericht über einen Fall von Entfernung eines Myxofibroms aus dem Nasenrachenraum. (Report of a case of removal of a mixo-fibroma from the naso-pharynx.)** *Laryngoscope. Juli 1900.*

Suprarenalextract, vor und nach der Operation angewandt, verhinderte Hämorrhagieen.

EMIL MAYER.

52) **Schmithuisen. Grosses Tuberculom im Nasenrachenraum mit Nekrose von Theilen des Keil- und Hinterhauptbeines.** *Münch. med. Woch. No. 15. 1900.*

Der Fall betraf einen 45 jährigen Schlosser, der 3 Monate nach der Operation und nach einer Schmiercur, die man wegen Verdachtes auf Syphilis wegen der vielen necrotischen bei der Operation entfernten Knochenstücke eingeleitet hatte, an allgemeiner Phthise starb. Necrose am Keil- und Hinterhauptbein wurde bisher bei Tuberculomen des Nasenrachenraumes nicht beobachtet. Ausser diesem Falle sah Sch. noch 3 weitere Fälle, bei denen aber die Tumoren bedeutend kleiner waren.

SCHECH.

53) **John A. Thompson. Sarkom des Nasenrachenraumes durch Formalin-injectionen geheilt. (Sarcoma of the naso-pharynx cured by injections of formalin.)** *Laryngoscope. September 1900.*

Der Fall kam im April 1899 in Behandlung. Patient war durch Blutverlust und mangelhafte Ernährung sehr heruntergekommen. Er litt an chronischen Verdauungsstörungen und die Assimilation der Nahrung war sehr gering. Die Nasenhöhle selbst war frei; der Nasenrachenraum von einem rothen Tumor von unebener Oberfläche ausgefüllt. Bei der Digitaluntersuchung fand sich, dass derselbe von der hinteren Nasenpharynxwand seinen Ursprung nahm. Gleichzeitig bestand eine rechtsseitige Ohreiterung. Unter Cocainanaesthesie wurde ein Theil der Geschwulst zur mikroskopischen Untersuchung entfernt, und die Blutung durch Mackenzie's styptische Lösung und gepulvertes Kino gestillt. Sie erwies sich als Rundzellensarkom. Die Operation wurde in Rücksicht auf den Allgemeinzustand nicht für rathsam gehalten. Verf. machte dann Injectionen von $^1/_2$ procentiger Formalinlösung in die Geschwulst, durch den Mund mittelst einer subcutanen Nadel, die auf einer gekrümmten Canüle sass. Es wurde jedesmal $2^1/_2$ ccm der Lösung verabreicht. Die Injectionen verursachten grosse Schmerzen, die aber nur von kurzer Dauer waren. Die Injectionen wurden 2 mal wöchentlich gemacht, zu Hause benutzte Patient einen antiseptischen Reinigungsspray.

Als der Tumor etwa 6 Wochen nach Beginn der Behandlung weniger gefässreich erschien, wurde er theilweise durch die postnasale Zange entfernt. Die Hämorrhagie nach der Operation wurde ohne Schwierigkeit gestillt. Als die Nasenathmung nun durch die partielle Entfernung des Tumors frei war, wurde die noch bestehende rechtsseitige Ohreiterung ohne Mühe gebessert.

Diese Behandlungsweise wurde bis zum Schlusse fortgesetzt. Die Injectionen wurden 2 mal wöchentlich gemacht, und wenn bei Rhinoskopia posterior die Blutfüllung eines Theiles der Geschwulst verringert schien, wurde dieser Theil durch die Zange entfernt.

Der Fall wurde bis zum März 1900 beobachtet. Als dann 3 Monate hindurch nichts mehr von Geschwulst im Halse zu sehen war, und der Allgemeinzustand des Patienten derart war, dass er seine Beschäftigung wieder aufnehmen konnte, wurde er aus der Behandlung entlassen. Bis jetzt, dem 1. Juli 1900, ist kein Recidiv des Sarkoms eingetreten.

Das günstige Resultat in diesem Fall empfiehlt den Gebrauch von Formalininjectionen in anderen Fällen von Sarcom des Nasenrachenraums, welche aus irgend einem Grunde inoperabel sind.

EMIL MAYER.

54) P. Hellat. **Ein Fall von Krebs des Nasenrachenraumes. (Slutschai raka nosoglototschna wo prostranstwa.)** *Wratsch. No. 34. 1900.*

Der Fall ist neben dem kasuistischen Interesse dadurch bemerkenswerth, dass hier eine doppelseitige Recurrensparalyse auftrat und scheinbar auch die Nervi superiores laryngis paralysirt waren. Die Anästhesie war hochgradig. Die Patientin ging nicht an Herzparalyse, sondern an der Cachexie zu Grunde.

Autoreferat.

c. Mundrachenhöhle.

55) C. Chaveau. **Vergleichende Anatomie des Pharynx der Vertebraten. (Comparative anatomy of the pharynx in vertebrates.)** *N. Y. Medical Record. 16. Juni 1900.*

C. studirt die Entwicklung des Pharynx bei den Branchialvertebraten, Cyclostomen, Elasmobranchiaten, Teleostiern, Batrachiern, Reptilien, Krokodilen, Vögeln und Säugethieren. Seine Untersuchungen sind von speciellem Interesse, da sie zeigen, dass der menschliche Embryo in seinen verschiedenen Entwicklungsstadien successive alle die Varietäten des Pharynx thatsächlich durchmacht, wie sie bei den ebengenannten niederen Arten vorkommen.

LEFFERTS.

56) W. Freudenthal. **Diabetische Ulcerationen im Halse. (Diabetic ulcerations of the throat.)** *N. Y. Medical Journal. 10. Februar 1900.*

Unter den Ursachen der Ulcerationen im Halse ist Diabetes gewöhnlich nicht angeführt. Bei der wohlbekannten Tendenz des Diabetes, überall Ulcerationen zu verursachen, erscheint es sonderbar, dass diese Erkrankung nicht neben Syphilis und Tuberculose zu den gewöhnlichen Ursachen der Ulcerationen gezählt wird. Dr. W. Freudenthal (Annales of Otology, Rhinology and Laryngology, Novemb. 1899) lenkt in einer Arbeit, die kürzlich vor der New York Medical Union verlesen wurde, die Aufmerksamkeit auf das diabetische Ulcus, wovon er 5 Fälle beschreibt. In dem ersten Fall war er sehr in Verlegenheit die Ulceration zu erklären und die Thatsache, dass der Patient nachher an Diabetes starb, liess ihn damals noch nicht an einen Zusammenhang zwischen den beiden Zuständen denken. Aber in dem folgenden Fall liess ihn die Existenz des Diabetes gleichzeitig neben Ulcerationen im Halse bei Ausschluss von Syphilis und Tuberculose nach der sorgfältigsten Untersuchung einen Zusammenhang zwischen beiden erkennen. F. theilt die Ulcera in 2 Klassen ein: Maligne und benigne. Die Ulcera scheinen keinen specieller ausgeprägten Character zu tragen und gleichen durchaus syphilitischen oder tuberculösen Geschwüren: auch haben sie keinen besonderen Prädilectionssitz. Diabetes als ätiologischer Factor bei Pharyngitis sicca ist wohl bekannt, aber wir glauben, dass auf seine Rolle als mögliche Ursache von Ulcerationen bisher noch nicht hingewiesen ist. Die locale Anwendung von Orthoformemulsion ward als ausgezeichnetes Behandlungsmittel befunden.

LEFFERTS.

57) **W. Freudenthal. Gegen diabetische Ulcera im Pharynx. (For diabetic ulcers of the pharynx.)** *N. Y. Medical Journal. 24. Februar 1900.*

F. anästhesirt das Ulcus mit Cocain und dann injicirt er ungefähr 0,5 g folgender Emulsion.

Rp. Menthol 2,0—10,0
Süssmandelöl 30,0
Eigelb 25,0
Orthoform 12,5
Aq. destill. 100,0.

M. f. emulsio. S. vor dem Gebrauch zu schütteln.

LEFFERTS.

58) **Verdos. Diabetische Pharyngitis. (Diabetic pharyngitis.)** *Journal Amer. Medical Assoc. 17. Februar 1900.*

Die Symptome bestanden nur in Trockenheit des Halses, Schluckbeschwerden und erschwerter Herausbeförderung der zähen Schleimsammlungen auf den Pharynxwänden. Der Urin enthielt 30—50 g Zucker im Liter. Abgesehen von der Allgemeinbehandlung des Diabetes erwiesen sich der Mentholspray, allein oder combinirt mit adstringirenden Boraxpulverungen am erfolgreichsten. V. machte die Beobachtung, dass in hartnäckigen Fällen die Application von Jodlösungen auf die ganze erkrankte Schleimhautoberfläche noch Nutzen bringt.

EMIL MAYER.

59) **Parmentier. Pharynxgeschwüre. (Ulcères du pharynx.)** *Le Progrès Méd. Belge. No. 6. 1900.*

Mittheilungen zweier Fälle von syphilitischen Pharynxgeschwüren, welche einer antisyphilitischen Behandlung sofort wichen. Besprechung der Differentialdiagnose syphilitischer, tuberculöser und carcinomatöser Geschwüre.

BAYER.

60) **J. Derenberg. Die Behandlung der Pharyngitis lateralis mittelst der Elektrolyse.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XI. p. 278. 1900.*

D. behandelte 7 Fälle. Er wendete — nach gründlicher Cocainisirung — die bipolare Nadel mit einer Stromstärke von 15 M.-A. eine Minute lang an. Später stieg er auf 20—25 M.-A. und längere Zeit der Einwirkung. Die Pause zwischen 2 Sitzungen wechselte, im Allgemeinen betrug sie 1 Woche. D. ist mit den erreichten Resultaten zufrieden, obgleich er mehrfach 7 und mehr Sitzungen brauchte, um „eine völlig zufriedenstellende Besserung" zu erzielen.

F. KLEMPERER.

61) **J. Charles. Ueber eine Form von chronischer Rachenhyperämie, die Erkennung einer Albuminurie oder Glykosurie ermöglicht. Beitrag zum Studium dieser beiden Affectionen. (Sur une forme d'hypérémie pharyngée chronique permettant de depister l'albuminurie ou la glycosurie. Contribution à l'étude de ces deux affections.)** *Thèse de Lyon. 1899.*

Diese Arbeit entwickelt eine Lieblingsidee Garel's, der die These angeregt hat.

Das Characteristische der speciellen Pharynxhyperämie, die Ch. untersucht

hat, ist: das chronische Auftreten, hyperämische Beschaffenheit, Infiltration, Bildung von zähem Schleim, gesteigerte Sensibilität und Reflexe. PAUL RAUGÉ.

62) **Condié. Gegen chronischen Katarrh. (For chronic catarrh.)** *N. Y. Medical News. 3. Februar 1900.*

Der chronische entzündliche Catarrh, wie er bei Rauchern, Rednern und Leuten, die einer reizenden Atmosphäre ausgesetzt sind, oder als Begleiterscheinung chronischer Rhinitis vorkommt, kann nach Condié durch systematische Massage geheilt oder wesentlich gebessert werden. C. bedient sich dazu eines metallenen Instrumentes, das aus einem dünnen Griff besteht, der am Ende in mehr weniger stumpfem Winkel abgebogen ist, und in eine Gabel endigt, die eine bewegliche glatt polirte Kugel trägt. Das Instrument kann bequem in der Flamme sterilisirt werden. Zuerst werden die hinteren und die seitlichen Wandungen behandelt, indem die Kugel von oben nach unten in der Richtung der Blut- und Lymphgefässe gerollt wird, anfangs mit ganz leichtem, dann mit zunehmendem Druck. Zur Verminderung des Reflexactes wird zweckmässig Cocain angewandt bis der Pharynx sich an die Behandlung gewöhnt hat. Eine leichte Reizbarkeit ist die einzig beobachtete Nachwirkung. Die tägliche Behandlung verursacht dann eine gesteigerte Circulation und Absorption der interstitiellen Exsudates und begünstigt so Desquamation und Regeneration des Epitheles. LEFFERTS.

63) **Marage. Ueber die Rolle des Arthritismus (krankhafte Disposition zu Stoffwechselstörungen) bei der Pharyngitis granulosa. (Du rôle de l'arthritisme dans la pharyngite granuleuse.)** *Académie de Méd. 5. Dec. 1899.*

Die Pharyngitis granulosa ist der locale Ausdruck des Arthritismus. Dies zeigt die Urinanalyse.

Daher die häufigen Recidive dieser Erkrankung. Die Behandlung darf nicht rein local sein. Sie soll vielmehr die Thätigkeit der Nieren und der Haut anregen. PAUL RAUGÉ.

64) **Kronenberg** (Solingen). **Ueber einige Erscheinungen bei schwerem Scharlach, speciell in den oberen Luftwegen.** *Wiener klin. Rundschau. No. 24 u. 26. 1900.*

Wiederholt sah Verf. bei schweren Scharlachanginen die Nase mitbetheiligt und zwar wesentlich in der Form der purulenten Rhinitis, einmal auch mit Eiterung der Nasennebenhöhlen.

In zwei Fällen von ausgedehnter Rachengangrän im Verlaufe von Scharlach konnte K. Heilung erzielen, ferner sah er Fälle, bei welcher eine acut auftretende und sich rapid vergrössernde Schwellung der Halslymphdrüsen mit Infiltration des Zellgewebes am Halse mit einer nicht ulcerösen Angina sehr bedrohliche Dimensionen annahm und hält K. diese Form der von Senator beschriebenen infectiösen Phlegmone des Rachens nahestehend. CHIARI.

65) **Morestin. Infectiöse peripharyngeale Phlegmone. (Phlegmon infectant peripharyngien.)** *Société anatomique. 16. März 1900.*

Rapid verlaufende peripharyngeale Infection mit tödtlichem Verlauf trotz Operation.

Es bestand eine diffuse Infiltration in der Pharynxgegend mit Abscessbildungen an verschiedenen Stellen.

PAUL RAUGÉ.

66) **Lombard** et **Caboche. Gangränöse retropharyngeale Phlegmone. (Phlegmon retropharyngien gangréneux.)** *Bull. soc. anat. Paris. p. 379. April 1900.*

Der Patient, welcher seit 4 Tagen an Halsschmerzen leidet, begiebt sich am 22. März in das Spital mit einer extremen Dysphagie und beträchtlicher Respirationsstörung. Bei der Untersuchung findet man eine pastöse Schwellung der vorderen Halspartieen, im Munde und auf den Mandeln nichts. Die Epiglottis roth, verdickt, ödematös; die Taschenbänder und aryepiglottischen Falten ödematös. Nachmittags plötzlicher Tod.

Bei der Autopsie ödematöse Infiltration aller Gewebe des Halses bis zur Trachea. Exquisiter Gangrängeruch. Oedem der Epiglottis und des Larynx. Auf der hinteren Partie des Pharynx schwarzer fötider Belag, und im Zellgewebe gangränöse Massen. Pleuraadhäsionen an beiden Lungen, die Gangrän begrenzt sich auf das subpleurale Zellgewebe.

A. CARTAZ.

67) **T. L. Archambauld. Bemerkungen über Retropharyngealabscess und pulsirendes Empyem; mit Krankengeschichten von zwei Fällen. (Remarks on retro-pharyngeal abscess and pulsating empyema with report of cases.)** *Albany Medical Annals. Februar 1900.*

Bericht über 2 Fälle von Retropharyngealabscess. Einer heilte und der andere starb.

EMIL MAYER.

68) **M. R. Ward. Einige Bemerkungen über die Aetiologie des Retropharyngealabscesses mit Bericht über diesbezügliche Fälle. (Some remarks on the etiology of retropharyngeal abscess with report of cases.)** *Laryngoscope. 1. September 1900.*

Nichts Aussergewöhnliches.

EMIL MAYER.

69) **Schmidt** (Hannover). **Die Behandlung der Retropharyngealabscesse.** *Dtsch. Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 55. 1900.*

Während Burckhardt am vorderen Rande des Sternocleidomastoideus incidirt und vor der Carotis in die Tiefe geht, hielt sich Kredel in 15 Fällen hinter der V. jugularis interna und brachte 13 Fälle von Abscessen idiopathischer Natur zur Heilung, während bei 2 tuberculösen Abscessen zur Zeit noch Fisteln zurückgeblieben sind. Dass diese Operationen wegen der nahen Berührung der grossen Halsgefässe nicht ohne Bedenken sind, geht aus der Erklärung Schmidt's hervor, nach der in einem Falle eine tödtliche Arrosion der V. jugularis durch ein Drainrohr stattgefunden hatte.

SEIFERT.

70) **Buys. Pott'sches Uebel der Halswirbelsäule. (Mal de Pott cervical.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 11. 1900.*

B. machte im „Cercle Méd." von Brüssel am 2. März 1900 eine Mittheilung über den Fall von einem 2jährigen Kinde, bei welchem 20—25 Tage nach der Operation adenoider Wucherungen ein neuer Erstickungsfall auftrat herrührend

von einer Lähmung der Kehlkopfdilatatoren. Nach Geradestellen des stark nach rückwärts gebeugten Kopfes vermittelst eines Apparates verschwand die Dyspnoe innerhalb von 24 Stunden. Kein Abscess nachzuweisen. Wahrscheinlich handelt es sich nach dem Autor um ein beginnendes Pott'sches Uebel. BAYER.

71) **Comba. Beitrag zur Casuistik der subacuten Pharynxtuberculose im Kindesalter. (Contributo alla casistica della tuberculosi subacuta della faringe nell' età infantile.)** *Lo Sperimentale. Juli 1900.*

Verf. berichtet über drei Fälle von an Tuberculose des Respirations- und Verdauungstractus erkrankten Kindern — das Alter derselben ist $2^1/_2$, 4 und 10 Jahre —, bei denen im Verlauf der Krankheit und unter gleichzeitiger starker Anschwellung der cervicalen Lymphdrüsen auf den Tonsillen, in zweiter Linie jedoch auch auf den Gaumenbögen, der Uvula und der hinteren Pharynxwand graugelbe Knötchen auftraten, die sich bald in Geschwüre umwandelten. Durch bakteriologische Prüfung des den Geschwüren entnommenen Detritus, sowie durch histologische Untersuchung des auf dem Sectionstisch gewonnenen Materials wurde festgestellt, dass es sich um tuberculöse Manifestationen handelte.

Verf. erörtert sodann den Weg, auf welchem die Tuberculose von entfernteren erkrankten Organen aus in den Pharynx gelangt und hier zu den oben gekennzeichneten Erscheinungen führt. Da der bei Erwachsenen häufigste Verbreitungsmodus, nämlich der Contact der Pharynxschleimhaut mit dem tuberculösen Sputum, bei kleinen Kindern wenig in Betracht kommt, da dieselben das Sputum nicht expectoriren, sondern verschlucken, so bleiben als Verbreitungswege nur die Blut- und Lymphgefässbahn übrig.

Ref. glaubt jedoch noch an eine andere Möglichkeit: Es sollen nämlich jene Geschwüre bei acuter Pharynxtuberculose dadurch entstehen, dass alte und latente, im lymphatischen Apparat der Mundrachenhöhle und den correspondirenden Lymphdrüsen befindliche Herde beim Aufflammen der Krankheit in anderen Organen ebenfalls wieder aufleben. FINDER.

72) **G. Fauver. Ein Fall von vermeintlichem Fremdkörper im Pharynx. (A case of supposed foreign body in the pharynx.)** *British Medical Journal. 9. Juli 1900.*

Ein 21jähriger Mann giebt an, vor wenigen Stunden eine Nadel verschluckt zu haben. Schmerzen beim Schlucken links hinter dem Unterkieferwinkel.

Die Spiegeluntersuchung ergab keinen Fremdkörper. Mit dem Finger jedoch vermochte man hinter dem hinteren Gaumenbogen einen schiefliegenden Fremdkörper zu fühlen. Die Schleimhaut wurde incidirt und ein dünnes spitzzulaufendes, ungefähr 1 Zoll langes, nadelförmiges Knochenstück mit knorpeligen Enden wurde entfernt. Dasselbe stellte offenbar ein verknöchertes Ligamentum stylohyoideum dar. ADOLPH BRONNER.

73) **G. Newbolt. Ein Fall von vermeintlichem Fremdkörper im Pharynx. (A case of supposed foreign body in the pharynx.)** *British Medical Journal. 8. September 1900.*

Eine Frau verschluckte ein Stück Schweinsgriebe, welches, wie sie glaubte,

in der rechten Schlundseite stecken blieb. Sie versuchte es zu entfernen. Danach stellten sich grosse Schmerzen ein. Bei der Untersuchung fand sich der obere Theil des grossen Zungenbeinhornes blossgelegt. Die Patientin hatte offenbar bei ihren Versuchen, den Fremdkörper zu entfernen, die Schleimhaut an dieser Stelle abgescheuert.

ADOLPH BRONNER.

74) **J. D. Updegrove. Pharynxstenose. (Stenosis of the pharynx.)** *Lehigh Valley Medical Magazine. Mai 1900.*

Specifische Erkrankung des Pharynx. Da die Verengerung der Dilatation allein nicht weichen wollte, wurden die Stränge mit dem Galvanokauter durchschnitten und dann die Dilatation leicht ausgeführt.

EMIL MAYER.

75) **Hannecart. Multiple parapharyngeale Lipome und Pharynxpolypen. (Lipomes multiples parapharyngiens et polypes du pharynx.)** *Annal. de la Soc. Belge de Chir. No. 9. 1900.*

35jähriger Taglöhner mit einer weichen, höckerigen, mobilen und irreduciblen Geschwulst von der Grösse des Kopfes eines Neugeborenen an der linken Vorderseite des Halses. Bei der Inspection des Pharynx sieht man eine abgerundete orangengrosse Geschwulst, die ganze Seitenwand bis zur Mittellinie verdrängend. Die von Depage vorgenommene Operation ergab multiple Lipome, welche sich unter der mittleren Aponeurose, im blätterigen parapharyngealen Zellgewebe entwickelt hatten.

BAYER.

76) **Gollet. Mandelrachenmyxosarcom; Entfernung auf interthyromaxillarem Wege; Heilung; Operationstechnik. (Myxo-sarcome amygdalo-pharyngien; ablation par la voie interthyro-maxillaire. Guérison. Technique opérateire.)** *La Clinique. No. 32. 1900.*

Die linke Mandel ist der Sitz einer grossen feingelappten Geschwulst, welche sich auf die Pharynxwände fortsetzt und bis ins Niveau der Epiglottis herabsteigt. Entfernung der Geschwulst, welche sich als Sarcomyxom herausstellt, auf interthyromaxillarem Wege. Zwei Jahre später war noch kein Recidiv eingetreten. Beschreibung der Operationsmethode.

BAYER.

77) **Vallas** (Lyon). **Maligner Pharynxtumor. Transhyoideale Pharyngotomie. Entfernung des Tumors. Resection des halben Zungenbeins. Heilung. (Tumeur maligne du pharynx. Pharyngotomie transhyoidienne. Ablation de la tumeur, resection d'une moitié de l'os hyoïde. Guérison.)** *Société de Chirurgie de Lyon. 11. Januar 1900.*

Bei dieser Operation musste V., um sich freien Einblick zu verschaffen, die rechte Hälfte des Zungenbeins entfernen und im Verlauf der Operation auch die Tracheotomie ausführen.

Die Heilung war vollkommen, die Pharynxfunctionen vollzogen sich ungestört und der Allgemeinzustand war vortrefflich.

PAUL RAUGÉ.

d. Diphtheritis und Croup.

78) **Gordon Sharp. Contagiöser Katarrh oder Darre („Roup") bei Hühnern und Diphtherie beim Menschen. (Contagious catarrh or roup in fowls and diphtheria in man.)** *Lancet. 7. Juli 1900.*

Der Autor kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: 1. Darre- („Roup") ähnliche Diphtherie (einschliesslich des etwas unbestimmten Ausdrucks „Croup") variirt in ihrer Bösartigkeit, indem sie manchmal milde auftritt und nur ein oder zwei Todesfälle in einem grossen Hühnerhof verlangt, während die nächste Epidemie vielleicht beinahe den ganzen Hühnerhof entvölkert. 2. Die Erkrankung scheint auf den Menschen nicht übertragbar, denn Personen, die mit den kranken Hühnern ohne irgend welche Vorsichtsmaassregel umgehen, erkranken nicht an diphtherieähnlicher Erkrankung. 3. Lähmungen waren nach Verf.'s Beobachtungen in Darrefällen nicht vorhanden. 4. Die Krankheit ist ein offenbar hochgradig contagiöser Katarrh und entspricht der „morve" oder Geflügelrotz der Franzosen. 5. Darre („Roup") ist wahrscheinlich grundverschieden von der sog. „Hühnerdiphtherie". 6. Geflügelzüchter unterscheiden zwischen „trockenem" und feuchtem „Roup". Trockener „Roup" ist wahrscheinlich ein leichter gutartiger Katarrh, der dem recidivirenden Croup der Kinder entspricht, welche besonders in Thälern und in der Nähe von Flussufern wohnen. Feuchter „Roup" andererseits entspricht seiner Malignität nach der Diphtherie und dem membranösen Croup. 7. Der Mikroorganismus des „Roup" (der feuchten oder bösartigen Varietät) lebt wahrscheinlich, wenigstens für eine beträchtliche Zeit, in der Erde nahe der Oberfläche und verbreitet sich so leicht von Thier zu Thier (ebenso wie durch directe Berührung mit erkrankten Hühnern). 8. Bedingungen des Bodens und der Umgebung, die der Verbreitung der Diphtherie günstig sind, scheinen ebenso auch den „Roup" des Geflügels in seiner Ausbreitung zu befördern.

ADOLPH BRONNER.

79) **A. C. Dutt. „Pips" bei Hühnern und Diphtherie. („Gapes" in poultry and diphtheria.)** *N. Y. Medical Journal. 7. Juli 1900.*

Eine junge Dame acquirirte Diphtherie. Sie hatte sich auf einem Gut aufgehalten, wo zahlreiche Hühner unter räthselhaften Halserkrankungen verendet waren. Eines von ihnen, das an dieser Krankheit litt, hatte die Pat. gefüttert und geliebkoset. Nach ihrer Rückkehr in die Heimath traten bei ihr, nach einigen Tagen vorausgehenden Unwohlseins, typische klinische Diphtheriesymptome auf. Zur Sicherung der Diagnose wurde ein Stück der Membranen untersucht und echte Diphtheriebacillen gefunden. Die Kranke wurde gesund.

LEFFERTS.

80) **Kober. Ueber das Vorkommen von Diphtheriebacillen auf der Mundschleimhaut gesunder Personen. (De la présence des bacilles diphtheriques sur la muqueuse buccale des individues bien portants.)** *Revue des maladies de l'Enfance. Juli 1900.*

1. Von 123 Personen, die mit Diphtheriekranken in Berührung standen, hatten nur 10 Löffler'sche Bacillen auf der Mundschleimhaut.

Das Vorkommniss ist in derartigen Fällen also viel seltener, als man allgemein annimmt (8 pCt.). Durch Uebertragung auf Meerschweinchen hat K. die Virulenz aller dieser Bacillen nachgewiesen.

2. Von 600 Personen, die einem Diphtheriekranken nicht nahe gekommen waren, hatten nur 5 den Löfflerschen Bacillus. Aber die Bacillen waren kurz, mit verdickten Enden und nicht virulent.

Man soll also endlich von übertriebenen Ansichten über die häufige Anwesenheit von Diphtheriebacillen im Munde Gesunder zurückkommen.

Sie kommen besonders bei Personen, die der Ansteckung nicht exponirt waren, selten vor (1 pCt.), und sind so harmlos, dass ihnen jede Bedeutung abzusprechen ist.

PAUL RAUGE.

81) . . . **Diphtherie.** Aus Landes-Sanitätsberichten. Referat in: *Prager medic. Wochenschr. No. 30. 1900.*

Hervorzuheben ist, dass anlässlich einer Diphtherie-Epidemie in Brünn (Mähren) sämmtliche zur Anzeige gebrachten Fälle bakteriologisch untersucht wurden; auch nach erfolgter Genesung wurde der Schulbesuch erst dann gestattet, wenn keine virulenten Diphtheriebacillen mehr nachgewiesen werden konnten. —

Die Proben wurden vom städtischen Bakteriologen untersucht und das Resultat dem behandelnden Arzte binnen 24 Stunden mitgetheilt.

CHIARI.

82) **Schoedel. Mittheilungen aus der städtischen Diphtherie-Untersuchungsstation in Chemnitz.** *Münch. med. Wochenschr. No. 26. 1900.*

Bei einem Kinde fand sich bei der Obduction eine diphtheritische Gastritis, obwohl im Leben keine Erscheinungen vorgelegen waren; weitere Untersuchungen zeigten auch das Vorkommen von Diphtheriebacillen im Darm resp. im Koth, weshalb man den letzteren der Gefahr der Weiterverbreitung der Bacillen wegen unschädlich machen sollte.

SCHECH.

83) **Arnold** (Stuttgart). **Der Croup in Württemberg im 19. Jahrhundert bis zum epidemischen Auftreten der Diphtherie.** *Medic. Correspondenzbl. d. Württemb. ärztl. Landesvereins. 39. 1900.*

Durch das Studium der Croup-Literatur wird A. zu der Annahme geführt, dass erst mit Mitte der 30er Jahre Rachenexsudate bei Croupfällen vereinzelt beobachtet wurden, dass sich diese Fälle mehrten, je mehr wir uns der Diphtheriezeit näherten, bis schliesslich der genuine Croup in der Diphtherie aufging, d. h. als selbstständige primäre Krankheit ganz verschwand. Er hat sich der Diphtherie angepasst.

SEIFERT.

84) **Langford Symes. Ueber die früher als Croup bezeichneten Symptome und Erscheinungen; die Erkrankungen, welche jene hervorrufen, und die klinische Bedeutung der verschiedenen Affectionen, welche diese Bezeichnung mit einschliesst. (On the symptoms or phenomena formerly known as croup; the diseases wich produce them; and the clinical significance of the various allied affections embraced by the term.)** *N. Y. Medical Record. 4. August 1900.*

Die Schlussfolgerungen des Verf.'s sind folgende: 1. Es giebt keinen wirk-

lichen Croup und die croupösen Symptome werden durch verschiedenartige Erkrankungen hervorgerufen. 2. Schwere Croupsymptome werden zumeist durch Diphtherie oder Laryngitis stridulosa verursacht. 3. In schweren Fällen soll man Diphtherie annehmen und vom Anfang an mit Antitoxin behandeln. 4. Einziehen des Epigastriums und Schlaflosigkeit sind die beiden gefährlichsten Symptome. 5. Da Antitoxin die Mortalität von Diphtherie verringert und das Ueberstehen der Krise bei Vornahme der Intubation ermöglicht, kann es zum Erfolge einer späteren Tracheotomie beitragen. 6. Todesfälle, die als Croup verzeichnet sind, sind sicherlich durch Diphtherie bedingt.

LEFFERTS.

85) **H. A. Minor. Pseudomembranöse Laryngitis oder Croup. (Pseudo-membranous laryngitis or croup.)** *Mississippi Med. Record. Juli 1900.*

Das wenig bekannte Kalkjodid in stündlichen Dosen von 0,06 während 24 Stunden, dann 0,03 stündlich oder zweistündlich in den nächsten Tagen wird vom Verf. warm empfohlen.

EMIL MAYER.

86) **F. Wilkinson Jervey. Einige kritische Bemerkungen über die Diphtherie. (Some desultory remarks concerning diphtheria.)** *N. Y. Medical Journal. 2. Juni 1900.*

Nichts Neues. Verf. spricht von den vielen nichttypischen Fällen von Diphtherie.

LEFFERTS.

87) **Ino Biernacki. Die wesentlichen toxischen Symptome der Diphtherie. (The essential toxic symptoms of diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 14. April 1900.*

Verf. betont, dass der Gefässdruck stufenweise, die Temperatur gleichmässig absinkt. Der Urin vermindert sich gleichfalls stufenweise. Verf. beobachtete in seinen Fällen, dass das Sinken des Blutdrucks im Beginn gering war, dann aber progressiv bis zum Ende fortschritt. Die als wesentlich toxisch anzusehenden Symptome haben bis zu einem gewissen Grade einen constanten Charakter und ihre Entwickelung sowohl als ihre Intensität steht in engem Zusammenhang mit dem Absinken des Blutdrucks.

LEFFERTS.

88) **Carlo Comba. Einige Fälle von Diphtherierecidiv. (Some cases of relapse in diptheria.)** *N. Y. Medical Record. 14. Juli 1900.*

Die Ursachen der Recidive sind zwiefältig. In erster Linie kommt ein Verlust der bei der ersten Erkrankung erworbenen Immunität in Betracht. Die genaue Ursache der Immunität ist noch nicht bekannt, aber Escherich und Klemensiewicz haben gezeigt, dass das Blutserum von Personen, die eben eine Diphtherie überstanden haben, ein abschwächendes oder sogar neutralisirendes Vermögen auf die Diphtherietoxine besitzt. Wie diese natürliche oder erworbene Immunität wieder verloren geht, ist noch unklar; wahrscheinlich durch das Auftreten anderer Infectionskrankheiten. In zweiter Linie begünstigen gewisse Localerkrankungen das Auftreten und Recidiviren der Diphtherie, so z. B. wiederholte Entzündungen der Pharynxschleimhaut, Hypertrophie der Tonsillen etc., welche die Widerstandskraft gegen Infectionserreger herabsetzen.

LEFFERTS.

89) **Herbert Harlan. Ein Fall von Masern, Scharlach, Diphtherie, Otitis media, Mastoiditis etc. (A case of measles, scarlet-fever, diphtheria, otitis media, masteiditis etc.)** *Maryland Medical Journal. Mai 1900.*

Zu alle dem kam Pneumonie und Empyem hinzu und schliesslich trat doch völlige Heilung ein.

EMIL MAYER.

90) **Weisbecker** (Gedern). **Serumtherapeutische Mittheilungen und serumtheoretische Fragestellungen.** *Wiener klin. Rundschau. No. 33. 1900.*

Verf. hat schon in früherer Zeit über die Spontanimmunisirung des Menschen und die Anwendung des Reconvalescentenserums geschrieben (siehe Zeitschrift für klin. Med. XXX, Heft 3 u. 4, und ibidem Bd. XXXII, Heft 1 u. 2, u. A.); nunmehr führt derselbe die damals gemachten Wahrnehmungen weiter aus, welche Mittheilung jedoch sich nicht in ein kurzes Referat zusammenfassen lässt.

CHIARI.

91) **Ricci. Vortheile der Serumtherapie beim Croup. (Vantaggi della cura sieroterapica nel crup.)** *Annali di Laringologia ed Otologia. Juli 1900.*

Verf. verfügt über 46 — zum Theil recht schwere — Fälle von mit Serum behandeltem Croup. Bei 38 Fällen wurde Heilung erzielt und zwar bestand bei 17 davon die Behandlung ausschliesslich in Seruminjectionen, während bei 19 die Intubation, bei 2 die Tracheotomie vorhergegangen war. In 8 Fällen — bei allen war die Intubation gemacht worden — trat der Exitus letalis ein.

G. FINDER.

92) **Broekaert. Die Serotherapie der Diphtheritis. (La sérotherapie dans la diphtérie.)** *La Belgique Méd. No. 30. 1900.*

Cfr. Jahresbericht der Belg. oto-laryngol. Gesellschaft von 1900. BAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

93) **W. C. Glasgow. Laryngitis als Ursache asthmatischer Anfälle. (Laryngitis a provoking cause of the asthmatic paroxysm.)** Vortrag, gehalten auf dem 22. Jahrescongress der Amer. laryngolog. Gesellschaft. *N. Y. Med. Journal. 25. August 1900.*

Es wird jetzt allgemein zugegeben, dass das Asthma eine vasomotorische Neurose darstellt und dass der Anfall durch gewisse periphere Reizungen des Sympathicus ausgelöst werden kann. Untersuchungen haben ergeben, dass in der Mehrzahl der Fälle in den oberen Theilen des Respirationstractus die Reizursache liegt. Die hintere Fläche der Muscheln, die Commissura interarytaenoidea, die hintere Fläche der Trachea, die Membran an der Bifurcation sind erwiesenermaassen die empfindlichsten Bezirke des Respirationstractus. Zweifellos verursacht die Reizung eines oder mehrerer dieser Punkte die Symptome von Reflexhusten, und wahrscheinlich ist es ein ähnlicher Reiz, der die Asthmasymptome hervorruft. Unter diesen Punkten bildet nach den Erfahrungen des Verf.'s die Regio interarytaenoidea die gewöhnlichste Reizstelle. In vielen Fällen beruht die

Reizung auf einer primären Laryngitis, ganz unabhängig von pathologischen Zuständen in der Nase.

LEFFERTS.

94) **F. E. Waxham. Bericht über einen Fall von hysterischer Dyspnoe. (Report of a case of hysterical dyspnea.)** *Laryngoscope. Mai 1900.*

Bei einem 15jährigen Mädchen bestanden sehr schwere Symptome: Cyanose bis herunter zur Brust, lauter Stridor und offenbare Bewusstlosigkeit. Die Intubation wurde versucht; dabei machte die Patientin eine heftige Stossbewegung, die Tube rutschte in den Oesophagus und — alle Erscheinungen von Dyspnoe waren verschwunden. Die Tube wurde herausgezogen und die Patientin, welche wusste, dass die Intubation wieder vorgenommen werden sollte, sobald wieder Dyspnoe eintreten sollte, blieb ganz frei davon.

EMIL MAYER.

95) **Warner. Reflexhusten bei Kindern. (Reflex cough in children.)** *N. Y. Medical Record. 18. August 1900.*

Die Ursache ist zu behandeln. Trockne nächtliche Husten beruhen meist auf nasopharyngealer Obstruction. Anfallsweiser trockner Husten bei abgemagerten Kindern mit normaler Temperatur rührt nach Verf.'s Ansicht von ungleichmässiger Action des Centralnervensystems her.

LEFFERTS.

96) **W. Peyre Porcher. Der „bête noir" Husten und seine Behandlung. (The „bête noir" cough and its treatment.)** *The Carolina Medical Journal. April 1900.*

Der Autor spricht von dem Husten, welcher durch Störungen in den obersten Luftwegen verursacht wird. In einem seiner Fälle bestand ein sehr hartnäckiger Husten und es war nur ein rother Flecken auf dem linken Stimmband zu finden. Antisyphilitische Behandlung heilte den Husten.

EMIL MAYER.

97) **Redactionelle Notiz. Balue'scher Husten. (Balue's cough.)** *Med. Review. 16. März 1900.*

Mit diesem Namen bezeichnet man einen paroxysmalen spastischen Husten, der sich gewöhnlich Nachts einstellt. Es bestehen dabei keinerlei Störungen des Allgemeinbefindens, noch abnorme physikalische Symptome auf den Lungen, und die gewöhnlichen Expectorantien sind erfolglos. Antispastische Mittel geben vorübergehende Erleichterung, aber der Husten stellt sich sofort nach Aufhören der Medication wieder ein. Wahrscheinlich ist er in der Mehrzahl verursacht durch pharyngeale oder nasopharyngeale Erkrankungen. Er ist bei Kindern etwas sehr Gewöhnliches.

EMIL MAYER.

98) **Pottiez. Bakteriomikroskopische Untersuchungen des Keuchhustens. Bericht von Verriest. (Recherches sur la bacteriomicroscepie de la coqueluche. Rapport de Verriest.)** *Bulletin de l'Académie Royal de Méd. de Belgique. No. 9. 1900.*

P. will zwei dem Keuchhusten eigenthümliche Mikroorganismen entdeckt haben, den Streptococcus tussis convuls. und den Micrococcus malvaceus pertussis. Der Berichterstatter Verriest bezweifelt die Berechtigung der Beobachtungen und die Schlüsse des Verfassers.

BAYER.

99) **N. N. Norton. Die arzneilose Behandlung des Keuchhustens. (The treatment of whooping-cough without drugs.)** *Archives of Pediatrics. April 1900.*

In schweren Fällen von Keuchhusten mit häufigem starkem Erbrechen und nachfolgenden Schwächezuständen befürwortete O'Dwyer noch in den letzten Monaten seines Lebens die Zweckmässigkeit der Intubation mit Anwendung von Hartgummiröhren. In drei auf diese Weise behandelten Fällen, in denen Larynxdiphtherie zum Keuchhusten hinzugekommen war, hatte er ein sehr interessantes Resultat erzielt. Alle Symptome des beginnenden Anfalls traten in Erscheinung, aber wenn tief inspirirt wurde, entstand kein Glottisspasmus und der Anfall endete plötzlich ohne die geringsten Beschwerden. Nach Entfernung der Canüle nahm die Erkrankung den gewöhnlichen Verlauf.

EMIL MAYER.

100) **Francis Huber. Bemerkungen über die Behandlung des Keuchhustens. (Remarks upon the treatment of wheoping-cough.)** *N. Y. Medical Record. 23. Juni 1900.*

H. hält in manchen Fällen, in denen die Intubation nicht ausführbar ist, eine der folgenden Methoden für erfolgreich: Hinausschicken der Kinder ins Freie oder aufs Wasser. Unmittelbar nach dem Erbrechen ist Nahrung zu reichen. Vorziehen des Unterkiefers wie bei der Narkose erleichtert oft den Anfall und verhindert das Erbrechen. Eine dritte Methode ist die Verabreichung von Codein in kleinen und wiederholten Dosen bis zur leichten Narkose, welche genügt, den Glottiskrampf zu überwinden. — Einige auf diese Weise behandelte Kranke wurden über die gefährliche Zeit gut hinübergebracht. In der Regel ist es nicht nothwendig, das Mittel länger als einige Tage oder Wochen anzuwenden; am Ende dieser Zeit sind die schwersten Anfälle vorüber, die Nahrung wird behalten und die übliche Behandlung kann fortgesetzt werden.

LEFFERTS.

101) **M. A. Finley. Spastischer Croup. (Spasmodic croup.)** *Western Medical Journal. Mai 1900.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

102) **J. Holt. Gegen spastischen Croup. (For spasmodic croup.)** *Philadelphia Med. Journal. 31. März 1900. N. Y. Med. Record. 2. Juni 1900.*

R. Chloral. 4,5
Kal. bromat. 3,0
Amm. bromat. 2,0
Aq. cinnam. 60,0.

Ein Theelöffel voll; nach 2 Minuten zu wiederholen, wenn keine Erleichterung eintritt. Dies gilt für Kinder von ca. 7 Jahren. Das Chloral erleichtert den Larynxspasmus und die Brombestandtheile lindern die nervöse Erregung. Der Pat. schläft bald ein und erwacht den nächsten Morgen so wohl wie gewöhnlich.

EMIL MAYER.

103) **Thos. W. Davis. Larynxspasmus bei Masern. (Laryngeal spasm in measles.)** *N. Y. Medical Journal. 12. Mai 1900.*

D.'s Erfahrungen beziehen sich auf 4 Masernfälle. Dieselben waren schwer,

aber nicht von malignem Typus; in allen 4 Fällen erregte ein eigenthümliches und unvermuthetes Symptom auf der Höhe des Fiebers und des Ausschlags, das der Kranke als Erstickungsgefühl bezeichnete, die Aufmerksamkeit des Verf.'s. Dasselbe trat so alarmirend und qualvoll auf, dass man zu subcutanen Morphiuminjectionen zur Beseitigung des Spasmus genöthigt war. Es bestanden keinerlei Anzeichen von echtem Croup und die Erscheinungen waren durch vorübergehende nervöse Störungen verursacht. Verf. führt die Symptome auf Spasmus der Laryngealmuskeln zurück. Wofern nun der Vagus durch seine Recurrenszweige zum Kehlkopf den Larynx motorisch versorgt, wird dadurch Cioffi's Ansicht bestätigt, dass die Maserntoxine eine elective Wirkung auf den Vagus ausüben.

LEFFERTS.

104) **Fontan. Craniomalacie und Laryngospasmus. (Craniemalacie et laryngospasme.)** *Thèse de Toulouse. 1899.*

F. bespricht die Pathogenese der oft beobachteten klinischen Trias: Craniomalacie, Laryngospasmus, und Tetanie.

Er weist die Theorie der Gehirncompression zurück und führt die Erscheinungen auf toxischen Ursprung zurück.

PAUL RAUGÉ.

105) **W. Mac Cardie. Spastischer Larynxverschluss während der Anwendung von Aether nach vorangegangenem Stickoxyd; Mitralstenose. Wechselnde Geräusche. (Spasmodic closure of the larynx, during administration of ether preceded by nitrous oxide. Mitral stenosis. Alternation of murmurs.)** *Brit. Medical Journal. 20. Januar 1900.*

16jähriger junger Mensch mit Mitralstenose wurde zur Beseitigung des erkrankten Appendix anästhesirt. Als der Patient kaum bewusstlos war, hörte das ruhige Athmen auf und die Brust begann heftig zu arbeiten. Die Luft passirte den Larynx nicht mehr; Verf. drang mit dem Finger in den Larynx ein und fand ihn fest geschlossen. Der Krampf liess bald nach und hörte nach 3—4 Minuten ganz auf.

ADOLPH BRONNER.

106) **C. Channeau. Neurasthenische Erscheinungen am Larynx. (Déterminations neurasthéniques laryngées.)** *Tribune Médicale. 31. Januar 1900.*

Der Verf. berichtet von 2 Fällen hochgradiger Veränderungen der Stimme bei Sängern, die sich im Anschluss an sehr ausgesprochene neurasthenische Störungen eingestellt haben. Unglückliche Vermögenslage, körperliche und geistige Ueberanstrengungen hatten allmälig hochgradige nervöse Erscheinungen verursacht. Die Stimme hatte sich verschlechtert; nach einigen Minuten stellte sich jedesmal Heiserkeit ein und die Ermüdung hob schliesslich die Tonbildung gänzlich auf. Die Untersuchung ergab nichts Abnormes im Pharynx und Larynx. Die Stimmbänder waren etwas weniger gespannt.

Die Behandlung der Neurasthenie gab beiden Patienten in kurzer Zeit die Stimme wieder und verhinderte die schnelle Ermüdung.

A. CARTAZ.

107) **Ch. Herrmann. Hysterische Larynxaffection. (Hysteric affection of the larynx.)** *Journal Amer. Med. Assoc. 24. März 1900.*

Verf. stellt einen 11jährigen Knaben vor, der an einer interessanten hyste-

rischen Larynxaffection leidet. Die Diagnose, die erst nach sorgfältigem Studium des Falles gestellt wurde, ist durch die Gegenwart gewisser Stigmata hysterica gut begründet. Alle paar Minuten stiess der Knabe ganz unvermittelt einen lauten bellenden Ton aus.

Er war der Hypnose zugänglich. Sein allgemeiner Ernährungszustand war gut.

EMIL MAYER

108) C. Chauveau. **Hysterische Larynxparese. (Hysterical laryngeal hypokinesis.)** *N. Y. Medical Record. 18. August 1900.*

Ein Fall, in welchem eine durch Grippe hervorgerufene Hysterie die Luftwege, den Larynx und endlich die die motorischen Functionen des Larynx beherrschenden nervösen Centren befiel und eine Parese des Larynx mit hemiplegischen, motorischen und sensorischen Störungen derselben Körperseite und des Gaumensegels hervorrief.

LEFFERTS.

109) Strshelbitzki. **3 Fälle von eigenthümlichem angeborenem Stridor des Kehlkopfes. (3 slutschaja swol obrasnaedo wooshdennasdo gortannowo stridora.)** *Med. Obos. August 1900.*

Bei allen 3 Fällen war ein eigenthümliches Geräusch bei der Einathmung zu hören.

P. HELLAT.

110) F. A. White und D. B. Kyle. **Laryngealer Schwindel. (Laryngeal vertigo.)** *Journal Amer. Med. Assoc. 28. April 1900.*

White berichtet von einem 45jährigen Manne, der Keuchhusten acquirirt hatte und $2^1/_2$ Monase später Hustenanfälle bekam, bei denen er jedesmal, ob er stand oder sass, dass Bewusstsein verlor.

Kyle berichtet von einem 60jährigen Mann, der von seinen Enkelkindern den Keuchhusten acquirirt hatte, und bei welchem sich im Anschluss an den Anfall Athemnoth einstellte bis zur Bewusstlosigkeit; nur allmälig fing der Patient dann wieder an zu athmen. Kräftiges Abführen, sowie die Anwendung von Podophyllin und Natriumsphosphat brachten grosse Erleichterung. Die einzige anatomische Veränderung, die bei dem Patienten ausfindig gemacht werden konnte, war eine Vergrösserung der Drüsen an der hinteren Seite des Pharynx und des Oesophagus. Während eines Hustenanfalls ist der Druck auf den N. recurrens vermehrt.

EMIL MAYER.

111) M. H. J. P. Thomassen (Utrecht). **Hemiplegia laryngis beim Pferde. (Hemiplegia laryngis by het paard.)** *Tijdschrift voor Veeartsenykunde en Veeteelt. 1900.*

Diese experimentell-veterinäre Arbeit bietet vieles für die menschliche Laryngo-Neurologie Interessantes. Das Kehlkopfpfeifen (Cornage) der Pferde ist in 95 pCt. der Fälle neuropathischen Ursprungs und beruht auf einer linksseitigen Recurrensparalyse unbekannter Genese. Die übrigen 5 pCt. sind Folgen von Tumoren, Missbildungen u. s. w. T. demonstrirt die Trachea einer 20jährigen Poney, die nach Anstrengung einen exspiratorischen Stridor gezeigt hatte. Das Präparat zeigt durch die ganze Länge der Trachea drei Reihen fest aneinder-

liegender erbsengrosser und grösserer Hügelchen, welche sich microscopisch als Enchondrome erwiesen. Das zweite Präparat ist der Kehlkopf eines Cornard mit einem Polypen unter dem rechten Stimmbande und zwei kleineren zwischen den Giessbeckenknorpeln; das dritte ein Kehlkopf mit Wucherungen am rechten Arytaenoid, durch welche das Kehlkopflumen bedeutend verkleinert wurde.

Th. hat an Pferden verschiedenen Alters die einseitige Recurrensresection gemacht. Thiere, mehr wie 12 Jahre alt, wurden immer nur in geringem Grade Cornard. Bei jüngeren Pferden war der Stridor stärker, indessen nie so bedeutend wie beim spontanen Kehlkopfpfeifen. Im Allgemeinen ist der Stridor um so bedeutender, je jünger das Thier. Diese Thatsache soll durch die grössere Rigidität der Weichtheile bei älteren Thieren, wodurch das Arytaenoid besser in lateraler Position befestigt bleibt, erklärt werden. B. erinnert an die Wahrnehmung Möller's, dass bisweilen bei vollständiger Unbeweglichkeit des Arytänoid nur ein Stridor und in anderen Fällen, wo noch einige Beweglichkeit bestand, ein intensives Geräusch gehört wird, und vermuthet, dass bei starkem Stridor vielleicht überwiegend der Posticus gelähmt sei, und noch keine complete Recurrensparalyse vorliege.

Uebrigens sind die pathologisch- anatomischen Befunde der Thierheilkunde nicht durchweg mit dem Semon'schen Gesetze in Einklang. Während man bei Cornards gewöhnlich sämmtliche Muskeln der linken Seite degenerirt findet, und die Degenerationszeichen am deutlichsten am Posticus nachweisbar sind, so fehlen auch die Fälle mit vorwiegender, ja ausschliesslicher Betheiligung der Adductoren nicht. Er demonstrirt den Kehlkopf eines 3jährigen Pferdes, bei welchem nur Heiserkeit, nie Stridor beobachtet worden. Hier sind die beiden Hälften des Transversus, der linke Lateralis und der linke Thyreo-aryt. inferior stark atrophisch, der Posticus dagegen kaum alterirt. Schade nur, dass vom Zustande des Nervenapparates in diesem Falle nichts mitgetheilt wird.

Werthvoll für die Deutung des Semon'schen Gesetzes und in vollem Einklang mit den Thatsachen, welche Ref. in seiner Arbeit im Archiv f. Lar. B. IX als besonders wichtig hervorgehoben hat, ist das Resultat der Reizungsversuche am Recurrens. Reizung mit schwachen Strömen eines Schlittenapparates ergab Erweiterung der Glottis. Bei grösserer Stromstärke (Rollenabstand 28 cm) zeigte sich starke Verengerung. Das Resultat wiederholt sich immer prompt bei erneuertem Versuch. Wie bei anderen Thiergattungen verursacht also auch beim Pferde schwache Reizung Abduction, stärkere dagegen Adduction des betreffenden Stimmbandes.

Der Laryngeus superior erhält sich, wie bekannt, beim Pferde abweichend. Er hat mit der Innervation der Crico-thyreoideus nichts zu thun. Dennoch verursacht, wie Möller und Exner nachgewiesen haben, Superiordurchschneidung eine Lähmung des gleichseitigen Stimmbandes und Aryknorpels. T. bestätigte bei einem Pferde diese Erfahrung. Das Thier wurde mehr wie 2 Monate p. o. getödtet. An den Muskeln der gelähmten Seite konnten nennenswerthe mikroskopische Veränderungen nicht festgestellt werden. Ein Beitrag zur Erklärung der auseinandergehenden Versuchsergebnisse am Superior liefert ein von T. demonstrirter Kehlkopf. Der Superior zerfällt, 7 cm vom Thyreoid in 2 gleiche starke Aeste, deren

einer der gewöhnlichen Bahn folgt, während der andere 2 cm tiefer in den Kehlkopf hineingeht.

Die von mehreren Autoren angenommene Innervation des Crico-thyreoideus von ersten Halsnerven aus bekämpft T. auf Grund vieler Untersuchungen. Er constatirt dass auch beim Pferde alle motorischen, wie sensiblen Kehlkopfnerven vom Vagus-Accessorius stammen, welcher zuerst dem Superior, dann ein Aestchen für den Crico-thyreoideus (also ein Medius), schliesslich den Inferior (Recurrens) abgeben.

H. BURGER.

112) **W. Schutter** (Gröningen). **Ein Fall von Larynxhemiplegie aus wahrscheinlich cerebraler Ursache.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XI. H. 3. p. 469. 1901.*

19jährige Patientin wegen linksseitigen Hemianästhesie und Heiserkeit 1885 ins Krankenhaus aufgenommen; zeigte damals Unempfindlichkeit der linken Larynxhälfte und Parese des linken Stimmbandes.

1898 und 1900 wieder untersucht, zeigt sie jedesmal Hemiplegie und Hemianästhesie des Larynx, dabei electrische Reaction des nicht atrophirten linken Stimmbandes. Auf Grund des letzteren Befundes spricht Sch. die Lähmung als eine cerebrale an. Er verhehlt sich nicht, dass bei dem Mangel der Autopsie der cerebrale Ursprung nur als wahrscheinlich bezeichnet werden kann und nicht bewiesen ist.

F. KLEMPERER.

113) **Francis P. Morgan. Glosso-labio-laryngeale Lähmung; Mittheilung eines Falles. (Glosso-labio-laryngeal paralysis with report of a case.)** *Philadelphia Medical Journal. 17. März 1900. National Medical Review. März 1900.*

Die mikroskopische Untersuchung hat erwiesen, dass die primäre Schädigung in der Medulla in einer fortschreitenden Degeneration der Ursprungskerne der Hypoglossus, Glossopharyngeus, Vagus, der accessorischen Spinalnerven und gelegentlich auch des Facialis besteht, wobei der Process gewöhnlich in den Hypoglossuskernen beginnt. Da diese Partien die Fortsetzung der Kerne der Vorderhörner des Rückenmarks nach oben darstellen, findet man auch häufig eine correspondirende Degeneration in diesen Kernen. Man kann dabei auch eine absteigende Degeneration der vorderen Pyramidenstränge finden. Die Muskeln der Zunge, der Lippen und des Schlundes sind mehr oder weniger atrophirt.

Die Krankheit ist also eine Form der progressiven Muskelatrophie mit Lähmung der Lippen, Zunge, Gaumen- und Schlundmuskeln und ist verursacht durch Degeneration der motorischen Kerne in der Medulla, welche zu diesen Muskeln gehören. Es kann das Hand in Hand gehen mit Degeneration der motorischen Kerne des Rückenmarks, welche progressive Muskelatrophie verursacht. Entweder geht die Spinalerkrankung vorauf oder sie folgt hinterher; oder aber sie kann die Bulbuskerne allein betreffen, in welchem Fall eine reine Glosso-labio-laryngeal-Lähmung zu Stande kommt. In M's. Falle folgte die Spinalerkrankung der Medullaraffection.

EMIL MAYER.

114) **Joseph A. Kenefick. Lähmung des linken Stimmbandes. (Paralysis of the left vocal cord.)** *Laryngoscope. April 1900.*

K. berichtet von einem Patienten mit Lähmung des linken Stimmbandes. Nach der Anamnese war er vor 25 Jahren syphilitisch inficirt. Die Pupillen sind ungleich und es bestehen Schluckbeschwerden; ausgedehnte Pulsation über dem Pericard und ungleicher Radialpuls. Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose lautet auf Aneurysma der Aorta mit Druck auf den Nervus recurrens.

EMIL MAYER.

115) **G. P. Head. Recurrenslähmung. (Recurrent laryngeal paralysis.)** *Philad. Medical Journal. 13. Juni 1900.*

Verheirathete 60jähr. Frau; die Familienanamnese ergiebt nichts Besonderes. Letzten Winter litt sie mehrere Wochen lang an einem starken Husten; derselbe hörte endlich auf und nun verlor sie — vor jetzt 8 Monaten — ihre Stimme; seit der Zeit vermag sie nur mit grosser Schwierigkeit zu lispeln. Die Kehlkopfuntersuchung ergab, dass das linke Stimmband in Cadaverstellung und viel tiefer steht als das rechte. Das linke Stimmband ist während der Athmung und bei der Phonation unbeweglich, während das rechte bei dem Phonationsversuch über die Medianlinie hinüberschwingt und das linke beinahe verdeckt. Die Untersuchung ergiebt als wahrscheinliche Ursache der Lähmung ein Aortenaneurysma, welches den Nervus recurrens comprimirt, und dadurch seine Function aufhebt und alle Kehlkopfmuskeln lähmt, ausser dem Cricothyroideus, der noch eine Anastomose vom N. laryngeus superior empfängt. Die Ursache von Recurrenslähmung kann gelegen sein in einer Compression der Nervenbahn durch Neubildungen, Aneurysmen der Aorta oder Subclavia, durch Oesophagusstricturen, durch den Isthmus der Schilddrüse etc. In etwa $^1/_4$ aller Fälle ist die Ursache ein Aneurysma. Die Ursache kann central oder peripher gelegen sein und es sind Fälle berichtet von Lähmungen, die herrühren von Pharyngolaryngitis ebenso wie von Diphtherie und Typhus. Die Prognose und Behandlung hängen in erster Linie von der Ursache ab. In vorliegendem Fall wurde das Aneurysma der Patientin behandelt, und für den Larynx einfache Sprays angewandt. Die Prognose ist natürlich schlecht.

EMIL MAYER.

116) **Bruggisser** (Wohlen). **Posticuslähmung im Anschluss an einen Fremdkörper im Larynx.** *Corresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 15. 1900.*

Einem 24jährigen Manne rutscht während der Nacht vom 2./3. April 1896 eine kleine Zahnprothese in den Kehlkopf, so dass er am Morgen mit starker Heiserkeit, aber ohne jegliche Athembeschwerde erwacht; am 11. April wird in einem Spital Folgendes gefunden: Excessive Heiserkeit, etwas beschleunigte Athmung, keine Cyanose, kein Stridor; Patient geht ungehindert rasch umher und hat geringe Schmerzen. Direct über den Stimmbändern, quer gestellt und fest eingeklemmt, liegt die Prothese mit zwei nach oben gerichteten Zähnen. Am gleichen Tage wird sie mit der Kornzange herausbefördert. Am 14. April ist die Heiserkeit ganz verschwunden, das Laryngoscop giebt normale Verhältnisse und Patient wird entlassen. Aber schon 2 Tage später, am 16. April, tritt neue Heiserkeit ein und am 24. April kann laryngoscopisch eine vollkommene beiderseitige Posticuslähmung mit allen klinischen Symptomen nachgewiesen werden.

Ref. scheint die Eigenthümlichkeit dieses Falles nicht sowohl darin zu bestehen, dass sich die Lähmung erst nach der Entfernung des Gebisses eingestellt hat, sondern vielmehr, dass sie erst nach derselben begonnen haben soll. Es ist entweder anzunehmen, dass dieselbe schon bei der Entlassung aus dem Spital vorhanden, aber unvollkommen und daher bei der vielleicht nicht ganz fachmännischen Untersuchung übersehen worden war, weil sie bekanntlich zunächst phonatorisch wenig oder gar keine Symptome macht, dass sie also relativ latent gewesen war. Oder aber sie wurde erst durch die Herausbeförderung des Fremdkörpers verursacht, für welche Möglichkeit die Betrachtung spräche, dass ein innerhalb des Kehlkopfs steckender Fremdkörper wohl eine Lähmung der Glottisschliesser, nicht leicht aber der Glottisöffner erzeugen kann. JONQUIÈRE.

117) **Oliver. Nervöse Aphonie. (Aphonia nervosa.)** *N. Y. Medical Record. 4. August 1900.*

Man lässt tief und ruhig Athem holen und beim Ausathmen versuchen, einen klaren Ton hervorzubringen. Wenn das erfolgreich war, lässt man zu anderen Tönen, Vocalen, Silben und zweisilbigen Worten übergehen. Nach wenigen Minuten derartiger Uebungen kann schon deutliches Sprechen erreicht werden.

LEFFERTS.

118) **Maréchal. Fall von Aphasie. (Un cas d'aphasie.)** *La Clinique. No. 18. 1900.*

Vorstellung einer Person mit totaler rechtsseitiger Hemiplegie und Aphasie und homogener beiderseitig rechter Hemiopie. BAYER.

119) **E. N. Maljutin. Die Abnormität des Baues des harten Gaumens als Ursache einer mangelhaften Function der Stimmbänder.** *Fraenkel's Archiv für Laryngologie. Bd. XI. H. 3. p. 474. 1901.*

28jähriger Patient spricht meist in einem hohen Falsett, unter Anstrengung zeitweise in einem künstlichen tiefen Basstone, der aber bald wieder in die hohe tonlose Fistelstimme zurückfällt. Bei der Untersuchung fällt eine Missbildung des Oberkiefers auf, der so schmal ist, dass zwischen den hinteren Backenzähnen nur ein Abstand von 2 cm besteht und die ganze Höhle des harten Gaumens die Form eines schmalen, tiefen Sackes hat; auf diese Abnormität des Gaumens führt M. den Sprachfehler zurück und er verordnet dem Patienten deshalb das Tragen einer geeigneten Gaumenplatte. Die Stimmübungen, die der Patient nach Anlegen der Platte anstellt, sind von Erfolg; Patient spricht bald kräftig und in Mittellage und als er nach 3 Monaten die Platte fortlässt, erfolgt kein Rückfall in das frühere Falsettiren. F. KLEMPERER.

120) **F. C. Connell. Die Behandlung des Stammelns und Stotterns. (The cure of stammering and stuttering.)** *Kingston (Canada) Medical Quarterly. Januar 1900.*

Unter Stammeln verstehen wir fehlerhafte Articulation des vocalisirten Lautes, unter Stottern dagegen den Mangel an Coordination zwischen Articulation und Stimmgebung. Ein Stammler kann einen Ton in dem Larynx anstimmen,

aber er kann denselben nicht in einen distincten Vocal mittelst Zunge, Gaumen und Lippen formen und der Zuhörer kann nicht sagen, welcher von den fünf Vocallauten gemeint ist. Ein Stotterer dagegen kann den Articulationsmechanismus für einige Consonanten wohl in die richtige Position bringen, aber er kann dieselben nicht mit dem Vocallaut combiniren, so dass der Zuhörer den Consonanten erkennen, aber nicht sagen kann, welcher Vocal hinterher folgt.

Die Behandlung muss stets mit Athemübungen beginnen, dann folgt Lautgymnastik, dann Uebungen in der Combination von Consonanten und Vocalen.

EMIL MAYER.

121) **Wl. Oltuszewski. Eine kurze geschichtliche Darstellung der Lehre von den Sprachanomalien und den Aufgaben der modernen Therapie. (Krótki szkic historyczny nauki o zboczeniach mowy oraz obecne jej zadanie.)** *Medycyna. No. 43, 44. 1900.*

Nachdem Verf. in Kürze den geschichtlichen Gang der Lehre von den Sprachstörungen geschildert hat, skizzirt er den jetzigen Standpunkt der Logopathologie, welche nach Verf. einen ganz selbstständigen Platz in der Reihe der medicinischen Disciplinen einnehmen sollte.

A. v. SOKOLOWSKI.

122) **Ed. Richter. Zur elektrischen Kehlkopfbehandlung und eine neue Methode zur Behandlung des N. recurrens.** *Fraenkel's Archiv für Laryngologie. Bd. XI. H. 3. S. 401. 1901.*

R. fertigte zur bipolaren Reizung innerhalb des Kehlkopfes eine Elektrode, welche aus zwei neben einander laufenden isolirten Pinseln besteht, deren Schaft dünne Kupferdrähte und deren Pinsel weiche, dünne Haarpinsel sind. Durch Eintauchen in eine 10 proc. Natro-Brom-Kalijodlösung macht man die Pinsel leitfähig. Die Elektrode ist sehr leicht und beweglich, gut zu handhaben und sanft wirkend, so dass Traumen im Kehlkopf ausgeschlossen sind. Durch Verbinden beider Polklemmen mit einem Draht lässt sie sich bequem als einpolige benutzen.

Für die allein intralaryngeale Methode benutzt R. Primärströme, für die Nervenreizungsmethode constante, resp. öfters zu unterbrechende constante Ströme.

F. KLEMPERER.

f. Schilddrüse.

123) **F. Livini. Morphologische Studie über die Arterien der Schilddrüse. (Morphological study of the thyroid arteries.)** *N. Y. Medical Record. 14. April 1900.*

Die Arbeit stützt sich auf Untersuchungen an 100 Leichen. Sie bringt dabei graphische Darstellungen der beobachteten Verhältnisse und beschreibt zuerst die häufigsten Typen.

LEFFERTS.

124) **Alfred Stengel. Acute Schwellung der Schilddrüse. Mittheilung von Fällen. (Acute enlargement of the thyroid gland with report of cases.)** *University Medical Magazine. Juni 1900.*

Es werden zwei Fälle mitgetheilt und Verf. macht auf die Thatsache auf-

merksam, dass plötzliche Schwellungen der normalen Schilddrüse bei verschiedenartigen nervösen Erregungen auftreten können, weiterhin bei Intoxicationen und verschiedenartigen Infectionen, bei Beginn oder im Verlauf von Morbus Basedow und zuweilen bei gewöhnlicher Struma oder maligner Erkrankung. Wenn eine bereits bestehende Erkrankung der Schilddrüse geringfügiger Natur vorliegt, so kann die plötzliche Schwellung das Aussehen einer acuten Erkrankung gewinnen und die zu Grunde liegende Störung übersehen werden. EMIL MAYER.

125) **Schudmak** und **Vlachos** (aus der II. medic. Klinik in Wien). **Ein Fall von Abdominaltyphus mit posttyphöser Schilddrüsenvereiterung.** *Wiener klin. Wochenschrift. No. 29. 1900.*

Bakteriologisch-hämatologische Betrachtungen. — Die eitererregende Eigenschaft kommt allem Anschein nach dem Typhusbacillus als solchem zu und ist von seiner Virulenz nicht abhängig, mit Ausnahme der allzu virulenten Formen, die in Folge der stürmischen Erscheinungen die Eiterbildung nicht zulassen. — Die Leukopenie beim Abdominaltyphus scheint die Folge der Localisation dieser Krankheit in den Hauptapparaten der Leukocytenbildung zu sein und steht in gar keinem Verhältniss zum Virus der Typhusbacillen, da dasselbe, absolut peripher sich localisirend, eine Leukocytose verursacht. CHIARI.

126) **Beco. Recept für parenchymatöse Struma. (Préscription dans le cas du goitre parenchymateux.)** *Annal. de la Soc. Méd. Chir. de Liége. Juni 1900.*

Bei parenchymatöser Struma besonders junger Mädchen giebt B. eine Potion von

Rp. Kal. jod. 5—6 g,
Syr. ferri jod. 250,0

und wenn diese nichts hilft, steigende Dosen von Jodtinctur mit 5 Tropfen 3mal pro Tag beginnend. Eine Kranke nahm wochenlang 120 Tropfen ohne die mindesten Beschwerden.

Rp. Tinct. jod. recent. praep. 30,0,
Kal. jod. 6,0.
M.D.S. Mit 3mal 5 Tropfen pro Tag zu beginnen. BAYER.

127) **E. J. Meyer. Struma. (Goiter.)** *Journal American Medical Association. 9. Juni 1900.*

Es ist nicht angängig, die ganze Drüse zu entfernen wegen der Gefahr von Myxödem (welches sich in 12 pCt. aller Fälle, bei denen die Totalexstirpation vorgenommen wird, entwickelt) oder Tetaniezuständen, die zwar nicht lebensgefährlich sind, aber dauernde Anwendung des Schilddrüsenextractes erfordern. Zur Erleichterung der Dyspnoe ist die Entfernung der halben Drüse oft genügend.
EMIL MAYER.

128) **Isaac A. Abt. Ein Fall von congenitaler Struma und Hernia diaphragmatica. (A case of congenital goiter and diaphragmatic hernia.)** *N. Y. Med. Record. 28. April 1900.*

Congenitale Struma kommt verhältnissmässig selten vor. Sie ist besonders

in Gebirgsgegenden beobachtet worden, wo die Anomalie endemisch ist. Diese Affection kommt auch bei Thieren vor.

Congenitale Zwerchfellshernie ist ebenfalls verhältnissmässig selten. In den meisten Fällen ist sie das Resultat von Entwickelungshemmungen. Ihre Diagnose während des Lebens ist ausserordentlich schwer und deshalb wird die Erkrankung leicht übersehen. Die grösste Gefahr für diese Kinder besteht während der ersten Lebenstage oder beim Geburtsakt.

LEFFERTS.

129) **Cauter. Ein Fall von Infantilismus mit Struma. (Un cas d'infantilisme avec goître.)** *Annal. de la Soc. Méd. Chir. de Liège. Juni 1900.*

In der Sitzung der Lütticher med.-chir. Gesellschaft vom 1. Mai 1900 stellt C. einen Fall von Infantilismus mit Struma vor, worüber eine ausführliche Mittheilung folgen soll.

BAYER.

130) **E. Sandeliri** (Finland). **Struma retrosternalis mit schwerer Dyspnoe, Tracheotomie, Strumectomie. Heilung. (Struma retrosternalis med svaar dyspnoe. Tracheotomi. Strumectomi. Helsa.)** *Finska Läkaresällskapets Handlingar. S. 745. 1900.*

49jährige Frau. Früher gesund; im Herbst 1898 erkältete sie sich und fing an, ein wenig Beschwerden bei der Respiration zu spüren. Diese verschwanden nach einer Attacke von Appendicitis, kehrten aber im Herbst 1899 wieder, und am 20. November wurden die Respirationsbeschwerden ohne nachweisliche Ursache so stark, dass ärztliche Hilfe in Anspruch genommen werden musste. Am 24. November wurde die Pat. in die chirurgische Klinik aufgenommen. Sie war kräftig gebaut, stark angegriffen, die Haut bleich cyanotisch, mit kaltem Schweiss bedeckt. Die Respiration äusserst angestrengt, Larynx und Trachea nach rechts verdrängt durch einen Tumor im Jugulum. Laryngoskopischer Befund normal. Diagnose: Retrosternale Struma. Tracheotomie und Einlegen der König'schen Canüle, die aber die Pat. nicht vertragen konnte, weshalb eine gewöhnliche Canüle eingelegt wurde. Die Respiration wird sehr schlecht; da die Pat. sich in extremis befindet und bewusstlos ist, macht man eine Strumectomia, nachdem die König-sche Canüle wieder eingeführt ist. Der Tumor liegt stark fixirt hinter dem Sternum, und die Operation ist aussergewöhnlich schwierig; sie glückt aber und damit sind die Respirationsbeschwerden verschwunden. — Am 19. December wurde Pat. geheilt entlassen. Im April 1900 befindet sie sich noch gut. Es handelte sich um eine benigne colloid degenerirte, cystische Geschwulst des linken Lobus der Thyreoidea, von der $^2/_3$ hinter dem Sternum lag.

SCHMIEGELOW.

131) **Patel** (Lyon). **Gutartiger Schilddrüsentumor an der hinteren Fläche des rechten Seitenlappens. Intraglanduläre Enucleation nach Incision der Schilddrüse. (Tumeur bénigne du corps thyroide située à la face postérieure du lobe latéral droit. Enucléation intra-glandulaire après section du corps thyroide.)** *Société des Sciences Médicales de Lyon. 6. Juni 1900.*

Der Tumor hatte die Grösse einer grossen Nuss und war von einer sehr harten fibrösen Kapsel umgeben.

Beginn vor 3 Jahren. Kein Schmerz oder Dyspnoe. — Incision in der Me-

dianlinie durch die Kapsel und das Parenchym der Schilddrüse. Der Tumor kann nur ganz von hinten an dem rechten Lappen, gegen die Aussenfläche der Trachea hin, enucleirt werden.

Das Interessante an dieser Beobachtung ist die Tiefe der Incision, die nothwendig war. Bekanntlich trifft man in den meisten Fällen die gutartigen Tumoren sehr oberflächlich und fast unmittelbar unter der Kapsel. Man muss also in derartigen Fällen mit dem Schnitt in die volle Drüsensubstanz hineingehen. Die Incision ist dabei von einer ziemlich heftigen Hämorrhagie begleitet, die aber durch die Naht leicht gestillt wird. Dank dieser tiefen Exploration braucht man nur die intraglanduläre Enucleation auszuführen, die einfach ist und von gutem Heilerfolg, und man vermeidet somit eine partielle Thyroidectomie, die doch immer eine schwere Operation darstellt.

PAUL RAUGÉ.

g. Oesophagus.

132) **Guttentag** (Stettin). **Ein Fall von idiopathischer Erweiterung des Oesophagus im unteren Abschnitt.** *Münch. med. Wochenschr. No. 23. 1900.*

Der Fall betrifft einen 17jähr. Dreherlehrling; es bestand kein Divertikel, da man stets ohne Hinderniss in den Magen gelangte, sondern eine Ectasie im unteren Theile des Oesophagus, der verlängert erschien. Ursache schwer festzustellen, wahrscheinlich ist aber zu hastiges Schlucken halbgekauter Bissen mit Dehnung der Oesophagusmusculatur zu beschuldigen. Prognose ungünstig, die Therapie besteht in Regelung der Ernährung und Tonisirung der Muskeln durch Galvanisation oder Ausspülungen des Sackes.

SCHECH.

133) **S. Grosglik. Spastischer Oesophagusverschluss bei Urinintoxication. (Spastic oesophageal closure in urinary intoxication.)** *N. Y. Medical News. 19. Mai 1900.*

In Fällen von Urinverhaltung stellen sich in der Folge häufig Digestionsstörungen ein. Dieselben begleiten gewöhnlich die chronische Form der Urinretention. G. berichtet über einen interessanten derartigen Fall, in welchem Specialisten für innere Erkrankungen die unrichtige Diagnose Magen- oder Darmkrebs gestellt hatten auf Grund der extremen Abmagerung und Cachexie. Alle Hilfsmittel der inneren Medicin, welche dieser falschen Diagnose entsprechen, werden versucht, sind aber wie stets in solchen Fällen erfolglos. Die Hauptsymptome sind oesophageale Störungen, Erbrechen und Durchfall und die Combination dieser drei Erscheinungen bringt sehr bald den Patienten zu äusserstem Kräftezerfall und Abmagerung. Aber den mächtigsten Factor bei dieser Cachexie bilden die Schluckbeschwerden bei Aufnahme fester Nahrung für den Kranken, das quälendste aller Symptome. Die französische Literatur bezeichnet diesen Zustand passend als „grande dyspepsie urinaire“. Die Ursache der Schluckbeschwerden liegt in der ausgesprochenen Trockenheit der Mundschleimhaut infolge verminderter Drüsenthätigkeit, daher der Ausdruck „dysphagie buccale“.

LEFFERTS.

134) **Puttemans. Ueber Fremdkörper des Verdauungsapparates. (Des corps étrangers des voies digestives.)** *No. 28 und 34. 1900.*

Gelegentlich der Mittheilung zweier Fälle von Fremdkörpern des Oesophagus, 1. eines künstlichen Gebisses und 2. eines Hasenknochens, bespricht Verf. die Diagnose und Therapie der Fremdkörper des Verdauungsapparates. BAYER.

135) **Le Gendre** (Paris). **Verätzung des Oesophagus durch Verschlucken von Salzsäure. (Escharre oesophagienne par déglutition d'acide chlorhydrique.)** *Société méd. des Hôpitaux. 15. Juni 1900.*

Das Bestehen eines diphtherieähnlichen Exsudats auf dem Gaumensegel, dem Zäpfchen und den Mandeln liess in diesem Falle an eine Diphtherie denken.

Der Kranke stiess eine grosse röhrenförmige Pseudomembran aus und es kam zur Bildung einer Stenose, die schnell unpassirbar wurde. PAUL RAUGÉ.

136) **Civatte** und **Meslay. Oesophagusstenose. (Rétrécissement osophagien.)** *Société anatomique. 29. Juni 1900.*

Histologische Untersuchung einer carcinomatösen Oesophagusstenose mit gleichzeitiger chronischer adhäsiver Pericarditis. PAUL RAUGÉ.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Gesellschaft Ungarischer Ohren- und Kehlkopfärzte.

1. Sitzung vom 25. Januar 1900.

Vorsitzender: Navratil.
Secretär: Polyák.

v. Navratil: Resection der knorpeligen und knöchernen Nasenscheidewand.

G. J. 32 J. alt, leidet seit seiner Jugend an linksseitiger Nasenverstopfung. Die Nase ist nach links verbogen, die Scheidewand biegt sich derart nach links, dass der Nasengang auch für die Sonde impermeabel ist. Pat. athmet und schläft mit offenem Munde. Es liess sich annehmen, dass das Leiden auch an der knöchernen Seite sitzt. Vortragender entschloss sich daher zu der extrarhinalen Methode mit Spaltung der Nase. In Chloroformnarcose wurde der Nasenflügel mit einem Scheerenschnitte gelöst, die Nase freigelegt, dann löste er die Schleimhaut an der grössten Convexität ab, und entfernte den hervorstehenden Knorpel und Knochen mit Messer und Meissel. 8 Tage nach der Operation erschien die Septumschleimhaut schon vollkommen intact, die Nasengänge sind normal, Nasenathmung unbehindert.

Vortragender hält bei solch hochgradigen Verbiegungen die endorhinale Methode für unvollkommen und empfiehlt das extranasale Verfahren.

Baumgarten: Bei Männern halte er diese Methode eher zulässig wie bei Frauen. Man kann auch endonasal zum Ziel kommen.

Polyák glaubt, dass eine jede Difformität intranasal mit vollem Erfolge behandelt werden kann.

v. Navratil ist auch der Ueberzeugung, dass man alle noch so hochgradigen Deviationen, wenn dieselben im knorpeligen Theile aufsitzen, mit vollem Erfolge endolaryngeal operiren könne und mithin auch so operiren soll. Nicht so die Deviationen des knöchernen Gerüstes, wo man im beengten Raume die Deviation weder so total, noch so correct, ohne Perforation des Septums, auszuführen im Stande ist. In diesem Falle aber war nebst der knorpeligen noch eine hochgradige knöcherne Deviation vorhanden: beide wurden in einer Sitzung total gelöst. Die Heilung erfolgte in 8 Tagen per primam. Die Narbe ist kaum sichtbar. Bei ähnlich von ihm operirten Fällen war nach einigen Monaten die Narbe beinahe ganz verschwunden.

2. v. Navratil stellt einen wegen Kehlkopfkrebs operirten und geheilten Fall vor, bei welchem er vor $12^1/_2$ Monaten die Resection des Larynx vollführte, nach 8 Monaten aber, also vor $3^1/_2$ Monaten, den Kehlkopf total exstirpiren musste. Dieser Fall wurde im Centralblatte für Laryngo- und Rhinologie, Jahrgang XVI, No. 11 referirt.

2. Sitzung vom 22. Februar 1900.

Vorsitzender: v. Navratil.
Secretär: Polyák.

1. Onodi. Das Verhältniss der Kieferhöhle zur Keilbeinhöhle und zu den vorderen Siebbeinzellen.

O. demonstrirt seine Präparate, welche bisher unbekannte Verhältnisse zeigen. Die Highmorshöhle und die Keilbeinhöhle können sich so ausbreiten, dass sie nicht nur ganz nahe liegen, sondern durch eine dünne Wand von einander getrennt werden können. Diese Thatsache demonstrirt er an 3 Schädeln, an zwei Querschnitten und an einem Frontalschnitt.

O. demonstrirt ferner Fälle, wo die Stirnhöhle, die vorderen und die hinteren Siebbeinzellen zwischen den Lamellen des Orbitaldaches sich ausbreiteten, dann einen Querschnitt, sowie einen Frontalschnitt, welche zeigen, wie die hinteren Siebbeinzellen das Dach der Kieferhöhle bilden. Zuletzt wird an Sagittalschnitten die Stirnhöhle demonstrirt, die umgebenden Siebbeinzellen und ihre Mündungen, die Communication der Stirnhöhle mit der Siebbeinzelle und die unmittelbare Lage ihrer Mündungen. Auf Grund dieser Thatsachen macht O. auf die secundären consecutiven Kieferhöhlenempyeme aufmerksam, indem bei Empyemen der Stirnhöhle und der vorderen Siebbeinzellen der Eiter direct in die Kieferhöhle gelangen kann, ebenso bei Empyemen der hinteren Siebbeinzellen und der Keilbeinhöhle durch Durchbruch der gemeinschaftlichen dünnen Scheidewand.

2. Polyák. Das Verhältniss der Kieferhöhle zu der Stirnhöhle und den vordersten Siebbeinzellen. Beiträge zur Diagnostik der Nebenhöhleneiterungen.

Es werden folgende Präparate vorgelegt:

36 Jahre alte Frauenleiche. Rechte Schädelhälfte. Schleimcysten in der Kieferhöhle. Communication der Kieferhöhle durch eine in dieselbe mündende vordere Siebbeinzelle (Uncinatuszelle) mit den vorderen oberen Siebbeinzellen und dem Ductus nasofrontalis. Die linke Hälfte desselben Schädels lässt die beschriebenen Abnormitäten nicht finden.

45 Jahre alte Männerleiche durch die starke Rückwärtslagerung beider Kieferhöhlen interessant.

3. Sitzung vom 22. März 1900.

Vorsitzender: v. Navratil.
Secretär: Polyák.

1. v. Navratil: Fall von Larynxsclerom.

Vortragender stellt einen 39 Jahre alten Mann vor, welcher angiebt seit zwei Jahren krank zu sein. Der Nasenrücken zeigt eine sattelförmige Einkerbung. Die Nasenschleimhaut ist beiderseits glänzend, trocken, theilweise mit Krusten, theils mit flüssigem, sehr übelriechendem Secret bedeckt. Die Rachenschleimhaut zeigt dasselbe Bild. An Stelle der Stimmbänder finden sich zwei unebene harte immobile Stränge, welche die Stimmritze beträchtlich verengern. Der Kranke athmet schwer und geräuschvoll.

Die Erkrankung ist zweifellos eine bedeutende Rhinopharyngitis atrophica, welche auch den Larynx ergriffen und diesen sclerotischen Process verursacht hat.

Was die Therapie betrifft, gedenkt Vortragender die Dilatation mittelst O'Dwyer'scher Tuben zu versuchen.

2. Lipscher: Fibrom des Nasenrachenraumes.

Die äussere Nase war bedeutend vergrössert, in der rechten Nasenöffnung war eine bohnengrosse, livide, harte Geschwulst sichtbar. Rhinoscopia posterior zeigte die Choane mit einer Geschwulst ausgefüllt. Mikroskopischer Befund ergiebt einen Polypus fibrosarcomatosus.

Die Operation wurde mittelst temporärer Nasenresection ausgeführt. Der Tumor, der hauptsächlich von der Schädelbasis entsprang, wurde theils mittelst Messer, theils mittelst Scheere abgetrennt, durch den Pharynx mittelst gekrümmter Zange fixirt und durch den Mund entfernt.

3. Lipscher: Operirter Fall von Wolfsrachen.

Demonstrirt einen operirten Fall von Wolfsrachen. Von der Mitte des harten Gaumens beginnt ein Spalt, welcher den harten Gaumen und die Uvula in zwei Theile theilt; die Entfernung der Ränder von einander beträgt einen halben Centimeter.

Die Operation wurde am 27. März ausgeführt. Der Kranke spricht deutlicher, als vor der Operation, der vollständige Erfolg wird aber erst eintreten, sobald Pat. erlernen wird, die bis jetzt unbenutzte Gaumenmusculatur zu gebrauchen.
v. Navratil.

---

d) Dänische oto-laryngologische Gesellschaft.

5. Sitzung vom 20. Januar 1900.

E. Schmiegelow: Ein Fall von einem sehr grossen gestielten Carcinom, von der pharyngealen Fläche des rechten Lig. aryepiglotticum ausgehend.

Ein 45jähriger Mann, Syphilitiker; starkes, gesundes Aussehen; die Stimme seit einem halben Jahre dick, die Resp. nur stenotisch, wenn der Pat. auf dem Rücken liegt.

Laryngoskopie: Die rechte Seite der unteren Hälfte des Rachens, namentlich der rechte Sinus pyriformis, und der grösste Theil des Aditus laryngis ist der Sitz einer hellrothen Geschwulst, mit unregelmässig unebener ulcerirter Oberfläche. Dass die Geschwulst gestielt war, sah man an ihrer Bewegung bei Exspir. und Insp.

Der Rachen wurde mit 10pCt. Coc. anästhesirt, und die Geschwulst wurde ziemlich leicht, durch kalte Schlinge (Stoerk's Schlingenschnürer) entfernt. Das ziemlich starke Bluten wurde nach 5 Min. gestillt. Die Insertionsstelle war die äussere Fläche des rechten Lig. aryepiglotticum. Die Exstirpation war radical.

Der Tumor war von der Grösse einer Wallnuss. Mikroskopische Untersuchung (L. Kraft) zeigte, dass die eigentliche Geschwulst von einem sehr dicken geschichteten Pflasterepithel gedeckt ist. Die Geschwulst zeigte eine typische alveoläre-carcinomatöse Structur, mit grossen Nestern von polymorphen, grosskernigen Zellen, von einem sparsamen Bindegewebsstroma umgeben.

Der Pat. befand sich seitdem wohl, doch war die ersten Tage etwas Oedem an der Insertionsstelle.

E. Schmiegelow hatte April 99 einen vollständig analogen Fall gezeigt, bei einem 57jährigen Mann, der sich seit der Operation wohl befindet.

E. Schmiegelow zeigte ein Präparat von Krebs in der Zungenwurzel.

Ein 48jähriger Schauspieler consultirte Schm. 28. 11. 99. Der Pat. hatte seit drei Monaten Schmerzen im Halse und im rechten Ohre, aber jeden Abend Komödie gespielt. Geschwollene Drüsen fanden sich auf der linken Seite des Halses. Die Stimme war dick; nächtliche Erstickungsanfälle.

Starke Reflexirritabilität hinderte die Untersuchung vom Rachen und Larynx. Der Pat. starb plötzlich den nächsten Tag im St. Josephs-Hosp. Die Obduction der Halsorgane zeigte ein kraterförmiges, ulcerirendes Epitheliom

(Grösse = 1 Thaler), weiter ein starkes Oedem der linken Seite der Epiglottis, und des linken Taschen- und andern Stimmbandes. Dies war jedoch nicht die Ursache des Todes. Wahrscheinlich war der Grund Embolie oder Apoplexie.

Gottlieb Kiaer hatte einen ähnlichen Fall beobachtet.

Ein 45jähr. Mann hatte seit einem Monat leichte Schmerzen beim Schlucken, besonders von fester Nahrung, die ungefähr in der Gegend der Cart. thyreoidea stecken blieb. Etwas stridulöse Respiration. In der Regio glosso-epiglottica wurde eine Ulceration, so gross wie ein Thaler, gefunden, welche sich nach vorne in die Radix linguae erstreckte, nach hinten über fast die ganze vordere Fläche der Epiglottis, welche nach hinten gedrückt ist. Die Halsdrüsen waren geschwollen, besonders die der linken Seite. Da eine antisyphilitische Kur ohne Wirkung war, wurde Pat. ins Hospital gebracht. Diagnose: Carcinoma pharyngis.

Klein stellte einen 9jähr. Jungen mit Papilloma subglotticum vor. Heiserkeit von Geburt an. Trotz wiederholter Operationen in den Jahren 1894 bis 1896 war die Heiserkeit unverändert. Unter dem linken Stimmbande sitzt eine erbsengrosse, gestielte, unregelmässige, hellrothe Geschwulst, welche bei Exspiration in die Rima hinaufkommt, ohne jedoch die Respiration zu hindern. Klein wollte nur im Falle von Stenose operiren (Tracheotomie).

Schmiegelow kannte den Pat. von dessen 3. Jahre an. Der Pat. war damals aphonisch. Es handelte sich damals um multiple Papillome, welche auf verschiedene Weise entfernt wurden. (Heryng's Löffel.) Diese Papillome können mit der Zeit von selbst schwinden.

Klein erwähnte einen Fall von secundärer Hämorrhagie, am 5. Tage nach der Entfernung von adenoiden Vegetationen.

Ein 14jähr. Mädchen, mit Gottstein's Messer am 5. Januar 1900 operirt, bekam am 7. und 8. Januar Angina und 10. Januar Mittags 4 Uhr eine bedeutende Blutung ($^1/_2$ Liter), vom Nasenrachenraume kommend, welche 5 Stunden dauerte. Klein hatte zwei ähnliche Fälle in der Literatur getroffen: Bulletins et mémoires de la societé française d'otologie. Tom. XI. 1895 von Beausoleil und von Dr. Lacoarret in den Annales de la policlinique de Toulouse 1893. Auch beide am 5. Tage.

Schousboe theilte kurz das Resultat einiger Untersuchungen über Bakterien in der gesunden Nasenhöhle mit.

Er behauptete, dass normal nur ganz wenige Bakterien in der Nasenhöhle seien, sodass diese als aseptisch anzusehen sei.

6. Sitzung vom 24. Februar 1900.

Schmiegelow demonstrirte ein pathologisch-anatomisches Präparat von einem Kinde von ungefähr 2 Monaten, das an einer angeborenen Kehlkopfstenose gestorben war.

Das Kind Robert P., 5 Wochen alt, wurde am 23. Juni 1890 zur Behandlung in die Halsklinik des Hospitals des Gemeinwesens gesandt. Der Hausarzt berichtete gleichzeitig, dass es aus einer übrigens gesunden und kräftigen Familie

stammte. Es war bei der Geburt normal und wog 13 kg. Seit der Geburt hat es dieselben Symptome, die es darbot, als es dem Vortragenden vorgestellt wurde.

Es war ein gesundes, verhältnissmässig kleines, aber doch ganz wohlgenährtes Kind; die Respiration war deutlich stenotisch, in weiter Entfernung hörbar; die Stimme war heiser und dünn. Fängt es an zu schreien oder zu weinen, wird die Gesichtsfarbe cyanotisch; die cyanotische Farbe verliert sich aber, wenn das Weinen aufhört.

Laryngoskopie: Im Pharynx wurde nichts Abnormes entdeckt. Epiglottis war gesund. Im obersten Theile des Kehlkopfes sah man etwas purulenten Schleim. Cartilagines arytaenoideae wurden zusehends frei abducirt. Es wurde während der Respiration eine geringe auf- und abgehende Bewegung des Kehlkopfes beobachtet. In den 5 Wochen, in welchen der Knabe bis dahin gelebt hatte, hatte die Umgebungen keine Veränderung der Respirationsbeschwerden beobachtet. — Auf diese Weise hielten sich die Verhältnisse unverändert, bis der Knabe, nach der Aussage des Hausarztes, plötzlich am 2. September 1890 in gutem Ernährungszustande mit dem Tode abging. Der Hausarzt sandte dem Vortragenden den Kehlkopf des Kindes, der demonstrirt wurde. Die Skelettheile des Kehlkopfes sind normal entwickelt; das Respirationshinderniss liegt ca. 1 cm unter den Stimmbändern, der Cartilago cricoidea entsprechend, wo das Lumen des Kehlkopfes auf eine sondenfeine Oeffnung — in Folge einer ringförmigen Verdickung der Wände des Kehlkopfes — beschränkt ist. Die Verdickung scheint zunächst aus der Schleimhaut zu stammen und endet nach unten gegen die Trachea ziemlich scharf, sodass sich eine Furche zwischen der Schleimhautverdickung und der vordersten Trachealwand bildete. Das Lumen der Stenose liegt excentrisch hinter dem Antrum des Lumens des Larynx, weil die stenosirende Schleimhautverdickung besonders von der vordersten Wand ausgeht. Die Schleimhaut ist überall gesund.

Narregaard erwähnt einen ähnlichen Fall bei einem Kinde von 9 Wochen.

Grönbeck demonstrirte zwei Fälle von geheilter Larynxtuberculose.

1. Stud. med. V. S., 18 Jahre, wurde im März in Behandlung genommen. Litt dann seit ein paar Jahren an einer namentlich linksseitigen Lungenphthise, mit Hämophthisis vor einem Jahre. Seit einem Jahre heiser. Die Stimmbänder zeigten sich infiltrirt — nach hinten ulcerirt —, besonders auf der linken Seite. Zapfenförmige Prominenz an der Hinterwand. Auf beiden Seiten subglottische Infiltration, die weiter median als die Stimmbänder hervorragte. Mentholinhalation. Milchsäure.

Einen Monat später eine febrile Periode, während welcher das allgemeine Befinden litt und der Zustand des Kehlkopfes sich verschlimmerte. Es zeigte sich eine gespannte, gelatinöse Infiltration der Reg. aryt. und eine tiefe Ulceration des hinteren Endes des linken Stimmbandes, sich auf die Vorderfläche der linken Cart. aryt. erstreckend. Die Stimme ganz aphonisch. 13. 4. Pinselung mit Sulphoricinphenolnatrium 30 pCt., conc. Mentholinhalation.

Er erhielt ungefähr 60 Pinselungen täglich oder mit einem Zwischenraum von 1 bis 2 Tagen und am 13. 8. war das Innere des Kehlkopfes glatter und blasser aber noch Infiltration der Hinterwand. Etwas später die Stimmbänder geheilt

glatt, kaum verdickt, aber roth. An der Hinterwand sieht man eine rothe, feste, glatte Intumescenz, unter welcher durch die Untersuchungsmethode Kilian's keine Ulceration entdeckt wird. Keine Schwellung der Reg. aryt.

22. 1. 1900, also seit mehr als einem Jahre, keine wesentlich locale Behandlung, der Zustand hat sich gehalten. Larynx jetzt wie damals der Sitz eines chronisch diffusen Katarrhs mit einiger Verdickung der unteren Fläche der Stimmbänder; die erwähnte Intumescenz an der Hinterwand ist noch da, man entdeckt aber keinen tuberculösen Process. Die Stimmbänder gehen unter der Intonation nicht zusammen, wohl wegen dieser Verdickung der Schleimhaut der Hinterwand. Die Stimme sehr heiser. Er hustet viel und der Lungenprocess bei weitem nicht in Ruhe. Während der Lungenprocess in der linken Lunge am heftigsten gewesen ist, ist auch die linke Seite des Larynx am stärksten angegriffen gewesen.

2. J. B., Dienstmädchen, 20 Jahre. Seit 3 Monaten zunehmende Heiserkeit nebst Athembeschwerden bei der Arbeit. Sie hat an Magenkatarrh gelitten. In den Lungen nichts nachzuweisen (der Hausarzt). Linke Seite des Larynx normal. Das rechte Stimmband ist gar nicht zu sehen, von einer überragenden geschwulstförmigen Verdickung des rechten, falschen Stimmbandes verdeckt, in der ganzen Länge desselben, nach vorn rechts bis auf die linke Seite hinüber, das vorderste Ende des linken Stimmbandes und Commissura auch deckend. Ihre Oberfläche ist grauröthlich, schwach glänzend durch ein paar Furchen in mehrere Abtheilungen getheilt, deren Oberfläche wie eine Kirsche mammelonirt ist. Keine Ulcerationen. Die mikroscopische Untersuchung eines entfernten Stückes ergiebt (Dr. Fibiger): papilläre Excrescenzen mit Entzündung, vielleicht Tuberculose (Lungen?). Bacillen nicht nachgewiesen, an einzelnen Stellen aber Protoplasmamassen und vielleicht Riesenzellen. Auch epitheliale Bildungen finden sich hier und da. 27. 2. Die Entfernung des erwähnten Stückes gestattet jetzt, das hintere Ende des rechten Stimmbandes zu sehen.

Pinselung mit Sulphoricinphenolnatrium 30pCt. Dämpfung der beiden Apic. pulm. und bronchial. Respiration, keine Rasselgeräusche, nur wenig Husten, kein Auswurf. Creosotbehandlung. Durch Pinseln mit Sulphoricinphenolnatrium 2- bis 3mal wöchentlich ist der Tumor nach und nach vollständig geschwunden, am längsten hielt sich an dem vordersten Ende des rechten Stimmbandes eine Infiltration ungefähr von der Grösse einer halben Erbse, aber auch diese verlor sich und der Kehlkopf ist jetzt völlig normal und hat sich später unverändert gehalten.

Im Uebrigen wurden Mittheilungen otologischen Interesses gemacht.

Schmiegelow (Buhl).

c) Laryngologische Gesellschaft zu London.

8. General-Versammlung vom 5. Januar 1900.

Vorsitzender: F. de Havilland Hall.

Der Jahresbericht, den der Ausschuss erstattet, legt Zeugniss ab von der gedeihlichen Entwicklung der Gesellschaft; die Berichte des Schatzmeisters und des Bibliothekars werden verlesen und acceptirt.

Es werden für das nächste Jahr durch Ballotement gewählt als Vorsitzender: F. de Haviland Hall; als Vicepräsidenten A. A. Bowlby, W. R. H. Stewart, E. Law, Schatzmeister: E. Clifford Beale, Bibliothekar: I. Dundas Grant, Secretäre: H. Lambert Lack, Ernest Waggett, Council: Walter G. Spencer, F. W. Milligan, Barclay Baron, William Hill.

Ordentliche Sitzung vom 5. Januar.

Vorsitzender: A. Bronner.

Watson Williams demonstrirt eine Serie von stereoskopischen Photogrammen von Nasen und Larynxpräparaten. Der Werth der stereoskopischen Wirkung für den Unterricht der Studirenden war dabei gut erkennbar.

Jobson Horne demonstrirt Lichtbilder von folgenden Larynxerkrankungen:

1. Larynxödem von einem Fall, in welchem ausgedehntes entzündliches Oedem mit theilweiser Necrose einer Ala des Schildknorpels vergesellschaftet war und Loslösung so wie Prolaps der Ventrikelschleimhaut verursachte.

2. Epiglottis-Cyste. Dieselbe war in ihrer Form und Consistenz durch Formalinlösung gut conservirt.

3. Larynxstuberculose; ein Transversalschnitt bei einem 12monatlichen Kinde mit wohlentwickeltem tuberculösem Tumor des Interarytaenoid- und Ventrikularregion.

4. und 5. Pachydermia laryngis verrucosa.

Sir Felix Semon: Fall von Tabes mit fast completer Laryngoplegie.

Es handelt sich um einen 40jährigen Fuhrmann, der vor 5 Jahren Syphilis acquirirt hatte. Die Symptome von Tabes setzten vor 14 Monaten ein, und vor 9 Monaten traten Störungen der Stimme und Kurzathmigkeit auf, Larynxkrisen waren jedoch nicht vorhanden.

Alle Symptome von Tabes bestanden in ausgesprochenstem Masse (dieselben werden im Detail mitgetheilt). Patient spricht mit lauter Flüsterstimme. Bei verlängerter und lauter Exspiration stellte sich Husten ein. Bei versuchter Phonation bleibt der Gaumen bewegungslos mit Ausnahme einer geringen Bewegung der hinteren Gaumenbögen.

Die taktile Sensibilität des Gaumens ist normal, aber der Reflex erheblich herabgesetzt.

Larynx: Bei ruhiger Athmung bleiben die Stimmbänder bewegungslos etwa im Minimum der Cadaverstellung (3 mm). Ihre hinteren Abschnitte stehen etwas näher zusammen als gewöhnlich in solchen Fällen, und ihre freien Ränder sind nicht ausgebuchtet, sondern völlig straff. Auch bei tiefer Inspiration oder Phonationsversuch tritt nicht die leiseste Bewegung ein.

Epiglottisreflex fehlt. Bei der Berührung des Interarytaenoidraumes mit der Sonde tritt regelrechter Glottisschluss ohne Husten ein; desgleichen bei der Sondirung des rechten Taschenbandes; wenn man dagegen das linke mit der Sonde berührt, wird ausserdem gelinder Husten ausgelöst.

Bemerkungen: Dies ist der dritte Fall von completer oder annähernd completer doppelseitiger Recurrenslähmung; den Vortr. beobachtet hat, jedoch der erste bei Tabes. Einen ähnlichen Fall hat Gerhardt mitgetheilt.

Die verhältnissmässige Stärke der Flüsterstimme ist bemerkenswerth. Dass einige Aeste des Vagus und Accessorius funktionirten (wie hervorgeht aus der Beweglichkeit des Gaumens, aus dem reflectorischen Glottisschluss, aus der erhaltenen Fähigkeit vermittelst der Cricothyreoidei die Stimmbänder in Spannung zu erhalten, aus der Erhaltung einer gewissen Reflexerregbarkeit von Gaumen und Larynx) war gleichfalls recht bemerkenswerth.

W. A. Spencer betont, dass der Fall ein Beispiel von Herdläsion bei Tabes darstellt, welcher mit den Resultaten Uebereinstimmung zeigt, die man experimentell an der Vagusgruppe erhalten hat. Die Symptome deuten auf bilaterale Läsion der Vaguswurzelkerne hin und zwar besonders die Sensibilitätsstörungen, die mangelhafte Function der Respirationsmuskeln und die Abwesenheit von Husten.

Sir Felix Semon bemerkt in seiner Erwiderung, dass er bei dieser Gelegenheit nicht auf die ganze Frage der Kehlkopfinnervation einzugehen wünsche. Er habe den Fall als Beispiel der äusserst seltenen doppelseitigen und practisch fast vollkommenen Laryngoplegie bei Tabes gezeigt. (Weitere Details über den Fall und die Discussion müssen im Original nachgelesen werden.)

Lawrence: Verletzung des Larynx bei einer Frau.

Vortr. berichtet von einem Fall von Schnittverletzung am Halse, wobei Trachea und Oesophagus durchtrennt waren und hinterher Heilung eintrat.

Spencer: Pharyngo-oesophageales Carcinom.

Vortr. stellt einen solchen Fall vor und lenkt die Aufmerksamkeit auf die frühzeitige und ausgedehnte Drüseninfiltration, der man bei diesen Fällen begegnet.

Sir Felix Semon bemerkt, dass die Lehre Luschka's von dem isolirten Charakter des laryngealen Lymphsystems (im Gegensatz zu Sappey) den ausgesprochenen Unterschied zwischen der Drüseninfiltration bei innerem und äusserem Kehlkopfkrebs erklärt.

Spencer: Primäre atrophische Rhinitis mit Beginn im Kindesalter.

Es handelt sich um einen ausgeprägten und typischen Fall von atrophischer

Rhinitis, die schon seit einiger Zeit besteht, bei einem 5jährigen Kinde. Die Erkrankung war zweifellos primär.

Bronner unterscheidet zwischen Ozäna, die schon früh auftritt, und atrophischer Rhinitis, die erst zwischen dem 14. und 18. Lebensjahr einsetzt. Er hat 12 Fälle von primärer Ozäna bei kleinen Kindern beobachtet, die möglicherweise auf eitrige Infection bei der Geburt zurückzuführen waren.

Tilley. In diesem Fall bestand kein Anzeichen für vorausgehende eitrige Rhinitis. Er hat ähnliche Fälle nicht selten beobachtet.

Horne befürwortet die Ausführung von bakteriologischen Untersuchungen von Zeit zu Zeit.

Lambert Lack hat einige derartige Fälle in frühem Alter auftreten sehen, In der Mehrzahl der Fälle ging purulente Rhinitis voraus. Er ist der Ansicht, dass atrophische Rhinitis in der Regel von längerdauernder purulenter Rhinitis verursacht wird.

Waggett berichtet von einer Familie, in welcher die Mutter eine ausgesprochene Rhinitis hatte; bei den Töchtern entwickelte sich dieselbe Erkrankung unter seiner Beobachtung im Alter von 4—6 Jahren. Es bestanden keinerlei Anhaltspunkte oder Merkmale von Syphilis.

Ball: Papillom der Zunge.

Knötchen von variabler Grösse dehnten sich auf der einen Seite des Zungenrückens von der Lippe bis zu den Papillae circumvallatae aus.

Butlin betrachtet den Fall als Makroglossie, eine Affection des Lymphgefässsystems. Wenn die Entfernung nicht zwischen zwei tiefen Incisionen in das gesunde Gewebe vorgenommen wird, ist abundante und langanhaltende Haemorrhagie zu befürchten.

Herbert Tilley: Knochencyste der mittleren Muschel.

Vortr. demonstrirt ein Präparat, das von einer jungen Frau stammt. Die bohnengrosse Cyste enthielt schleimig-eitriges Secret und ödematöse Granulationen.

Watson Williams sieht die Ursache der Erkrankung in einer Erweiterung im Anschluss an entzündliche ostitische Zustände an einer Siebbeinzelle, welche man zuweilen normalerweise im Siebbein antrifft.

Jobson Horne hatte mit einem ähnlichen Fall zu thun, wo er eine modificirte vordere Siebbeinzelle annahm.

Bennett erklärt diese Cysten nicht für selten.

Tilley war nicht im Stande, eine Beziehung zwischen der Cyste und den anderen Siebbeinzellen zu finden; es bestanden keinerlei Anzeichen für Nebenhöhleneiterung.

Powell: 17jähriger Patient nach Entfernung eines Fibromyoms des Nasenrachenraums.

Der Fall wurde bereits in der letzten Sitzung demonstrirt. Der Tumor, welcher nachweislich von dem Keilbeinkörper ausging und sich in die rechte Sphenomaxillargrube und die rechte Nasenseite verbreitete, ist mit Schlinge und Scheere nach Spaltung des Velums entfernt worden. Es wurde die Laryngotomie

und Tamponade des Larynx gemacht. Die Hämorrhagie war abundant. Die mikroskopische Untersuchung erwies ein reines festes Fibrom.

Butlin bemerkt, dass dies der grösste Nasopharynxtumor ist, den er je gesehen hat.

Spencer: In einem ähnlichen Falle dehnte sich der Tumor durch die Sphenomaxillargrube gegen die Temporomalarregion aus. Wenn sich Anzeichen von Wiederwachsen der Geschwulst einstellen, empfiehlt er Operation durch Incision vom Gesicht her.

Powell spricht über die Diagnose derartiger Fälle im Frühstadium. In einem derartigen Fall war der Patient zwei Jahre vorher wegen Naevus am Halse behandelt worden, der zweifellos in Folge des Eintretens von wiederholter Blutung entstanden war.

Pegler: Hartnäckige Aphonie mit gelegentlicher Apsithyria.

Es handelt sich um ein 22jähriges Mädchen aus nervös belasteter Familie Vor 11 Monaten im Anschluss an einen Larynxkatarrh plötzlicher Stimmverlust. Nach Faradisation trat Besserung ein, aber nach dem Aufhören derselben stellte sich wieder Verschlimmerung ein.

Herbert Tilley sah einen ähnlichen Fall, in welchem nicht einmal vorübergehende Besserung durch Faradisation erzielt wurde.

Bennett berichtet von einem Fall, in welchem nach allerhand Fehlversuchen mit anderen Mitteln gute Resultate durch systematische Athemübungen erzielt wurden.

Bronner empfiehlt die Metallbürste bei der Application des faradischen Stromes.

Sir Felix Semon: Nach seiner Erfahrung wird die überwiegende Mehrzahl der Fälle von hysterischer Aphonie durch innerliche Faradisation in einer Sitzung geheilt, indem eine Elektrode auf die Interarytaenoidfalte applicirt wird. Er ist der Ansicht, dass zu der physischen Unfähigkeit in vielen Fällen noch eine psychische Verkehrtheit von Seiten des Patienten hinzukommt. Daher soll die Application energisch und andauernd sein und der Eingriff soll bei der ersten Sitzung so langedauern, bis tönende Stimme erreicht wird. Er giebt zu, dass einige derartige Fälle hartnäckig jeder Therapie widerstehen, trotz der Ausdauer, mit welcher diese wie alle anderen Behandlungsweisen applicirt werden. Aber in allen ihm persönlich bekannten Fällen, bei denen die ärztliche Kunst versagt hatte, stellte sich die Stimme plötzlich wieder spontan ein. Gewöhnlich war die ganze Adductorengruppe betheiligt und da, wo der Arytaenoideus allein in seiner Action versagte, bestand zuweilen der Verdacht einer wirklichen trophischen Degeneration und nicht nur einer Functionsstörung. (Vgl. das Original.)

Pegler: Das Spirometer war 50 pCt. unter seinem normalen Stand und die Patientin war schon unter specieller Behandlung wegen fehlerhafter Respiration gewesen.

Pegler: Nasopharyngealtumor (Sarcom?).

Ein Mann von 27 Jahren klagt seit 4 Jahren über Verstopfung der Nase und

wiederkehrende Blutungen. Vor $2^1/_2$ Jahren war der Patient untersucht worden und eine weiche, vom Rachengewölbe herunterhängende Geschwulst entfernt worden, die nach mikroskopischer Untersuchung als lymphoides Gewebe angesprochen wurde.

Gegenwärtig hängt eine dunkle, gefässreiche, weiche und brüchige Geschwulst vom Rachengewölbe herunter, und die rechte Nasenseite wird von einer ähnlichen Masse eingenommen und ausgedehnt. Die Schleimhaut des Septums ist turgescirt und blutet leicht.

Ein Stückchen der Geschwulst zeigte unter dem Mikroskop Rund- und Spindelzellen ohne structurelle Anordnung; Follikel und Drüsen fehlten.

Tilley drängt auf sofortige Operation.

Sitzung vom 3. Februar 1900.

Vorsitzender: F. de Havilland Hall.

Bericht des Comité's zur Untersuchung zweifelhafter Geschwülste.

1. Das Präparat von Cresswell Baber (Sitzung vom Juni 1899) erwies sich nicht als bösartig.

2. Das Präparat von Potter (November 1899) war ein Fibroangiom des Taschenbandes.

Wyatt Wingrave: Vollständige Fixation des linken Taschenbandes.

Es handelt sich um ein 19jähriges Mädchen mit sonst normalem Larynx. Die Affection, die seit 4 Monaten besteht, ist allmälig entstanden. Es sind keinerlei Anzeichen von Druck vorhanden, auch nichts von Entzündung oder Neurose.

Der Vorsitzende hat den Eindruck, dass die Beweglichkeit gerade im Begriff ist, zurückzukehren. Die Parese ist wahrscheinlich durch Neuritis bedingt.

Wyatt Wingrave: Ulceration des Halses bei einem syphilitischen Kranken.

Vorstellung eines 25jährigen Mannes mit zerklüfteten Ulcerationen auf dem rechten postmolaren Fornix und Oedem, das sich auf den Gaumen ausdehnt. Vergrösserte Cervicaldrüsen. Syphilitische Infection vor 5 Jahren. Das Aussehen lässt an Sarcom denken, aber die Erkrankung weicht der Jodkalibehandlung.

Der Vorsitzende erinnert an einen ähnlichen Fall, bei welchem zweimal innerhalb 12 Monaten ein anscheinendes Gumma auftrat, das auf Jodkaliumbehandlung zurückging. Einige Monate später trat Recidiv ein und Patient starb an maligner Erkrankung.

Lambert Lack: Nasenpolypen mit Eiterung und anscheinendem Fehlen der Kieferhöhlen.

Alle Anzeichen für ein Kieferhöhlenempyem waren vorhanden: eitriger Ausfluss, der unter der mittleren Muschel hervorkam, intensive Verdunklung bei der Durchleuchtung etc. Bei tiefer Punction von den Alveolen aus und vom unteren Nasengang konnten Kieferhöhlen nicht ermittelt werden.

III. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Der Herausgeber des Centralblattes ist zum ausserordentlichen Leibarzt S. M. des Königs von England ernannt worden.

Professor Körner in Rostock ist zum ordentlichen Professor der Oto-Laryngologie an der dortigen Universität ernannt worden. Es ist dies der erste Fall einer ordentlichen Professur für unsere Specialität in Deutschland. Indem wir dem Collegen persönlich gratuliren, hoffen wir, dass andere deutsche Universitäten bald dem guten Beispiel Rostocks folgen werden.

---

8. Versammlung süddeutscher Laryngologen am 29. Mai 1901 in Heidelberg.

Sehr geehrter Herr College!

Die achte Versammlung süddeutscher Laryngologen wird am zweiten Pfingstfeiertage,

Montag, den 29. Mai in Heidelberg

stattfinden.

Die Herren Collegen, welche Vortrage oder Demonstrationen zu halten beabsichtigen, werden gebeten, ihre Themata längstens bis zum 27. April dem Unterzeichneten zuzusenden.

Die ausführliche Tagesordnung wird am 1. Mai versendet werden.

Mit collegialem Grusse

Augsburg, 30. III. 1901. I. A.: Dr. Hedderich,
Maxstr. C. 4. Schriftführer.

Vorläufige Mittheilung.

Bis jetzt angemeldete Vorträge:

1. Herr Prof. Killian-Freiburg i. B.: Die Hysterie in ihrer Beziehung zum Kehlkopf.
2. Herr Betz-Mainz: Stimmphysiologische Bemerkungen.
3. Herr Betz-Mainz: Zur Behandlung der Anosmie.
4. Herr Prof. Seifert-Würzburg: Die Laryngitis diabetica.
5. Herr Avellis-Frankfurt a. M.: Die tracheale Haemoptoë.
6. Herr Spiess-Frankfurt a. M.: Die Stimme bei einseitiger Medianstellung: Ursache und therapeutische Beeinflussbarkeit etwaiger dabei auftretender Stimmstörungen.
7. Herr Prof. M. Schmidt-Frankfurt a. M.: Thema vorbehalten.
8. Herr Prof. Jurasz-Heidelberg: Ueber die Luxationen der Kehlkopfknorpel.
9. Herr H. Müller-Heidelberg: Ueber das natürliche Singen und Sprechen.
10. Herr Magenau-Heidelberg: Zur Frage der diabetischen Erkrankungen der oberen Luftwege.

Druck von L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XVII. Berlin, Juni. 1901. No. 6.

I. Die Königliche Universitätsklinik und -Poliklinik für Hals- und Nasenkranke in Berlin.

Besonders für den älteren Laryngologen, der vieles mit eigenen Augen gesehen, was die jüngere Generation nur vom Hörensagen kennt, ist es nicht bloss interessant, die Entwickelung der Laryngologie jetzt, bald 50 Jahre nach dem Erscheinen der Garcia'schen Publication, retrospectiv zu verfolgen, sondern es gewährt ihm auch Freude und Genugthuung, lang im Busen getragene Wünsche erfüllt zu sehen. Es bedurfte der felsenfesten Ueberzeugung unserer hervorragenden Meister und Lehrer von der Bedeutung unserer Specialdisciplin für die allgemeine Medicin sowohl wie für die leidende Menschheit, ihrer beharrlichen wissenschaftlichen Arbeit und einer nie ermüdenden Energie in der Belehrung der Aerzte, dass die Laryngoskopie zu ihrem nothwendigen Rüstzeug für die Erkennung und Behandlung wichtiger Krankheiten gehöre, bis Czermak's Wunsch in Erfüllung ging, dass der Kehlkopfspiegel in „allgemeinste und ausgedehnteste Benützung" genommen wurde. Dieser nie erlahmenden Thatkraft verdanken wir auch die schliesslich von den Unterrichtsministerien anerkannte Gleichstellung unserer Specialdisciplin mit anderen Zweigen der medicinischen Wissenschaft und Kunst. Zum nicht geringen Theile resultirt diese Anerkennung aus dem Umstande, dass jene verdienten Männer, die, aus der allgemeinen Praxis hervorgegangen, das Gesammtgebiet des medicinischen Wissens und Könnens beherrschten, darum auch als Laryngologen nie den Zusammenhang ihrer Specialdisciplin mit der Gesammtmedicin verloren und von der hohen Warte des gebildeten Mediciners dieselbe überschauend, in erster Linie Arzt und in zweiter Specialist waren.

Einer der rührigsten Vorkämpfer, dessen Arbeit von dem schönsten Erfolge gekrönt wurde, ist unser Bernhard Fränkel. Ihm zuerst wurde in Preussen im Jahre 1887 die Leitung der Königl. Universitätspoliklinik für Hals- und Nasenkranke anvertraut; und mit welchem Resultate er dieses Vertrauen gerechtfertigt, das wissen Zeugen in aller Herren Länder zu rühmen. Die Errichtung dieses

Institutes war ein hochbedeutsames Ereigniss für die Entwickelung der Laryngologie, die im Verlaufe des nächsten Jahrzehntes an fast allen anderen deutschen und vielen ausländischen Universitäten ihre officiellen Vertreter fand.

Nunmehr nach 14 Jahren hat die Berliner Universitätspoliklinik für Hals- und Nasenkranke ihre alten engen Räume, in denen nichtsdestoweniger so viel Rühmenswerthes geschaffen, verlassen und ist in den für sie und die Ohrenklinik bestimmten Neubau der Charité übergesiedelt, aber der Geist, der dort herrschte, ist derselbe geblieben. „Ich lege (deshalb) immer grossen Werth darauf“, sagt B. Fränkel in seinem quasi-Rechenschaftsbericht[1]), „die Wechselbeziehungen klarzustellen, welche zwischen dem Befunde in der Nase, im Schlunde und im Kehlkopfe und demjenigen in anderen Organen bestehen, wie z. B. in dem einen Falle die Krankheit unserer Organgruppe erst richtig beurtheilt werden kann, wenn man die Veränderungen in anderen Körpertheilen hinzunimmt, oder wie andererseits aus dem Befunde in den oberen Respirationswegen oft überraschende Lichter auf die Processe in entfernten Regionen geworfen werden.“

Von diesem Gesichtspunkte aus und auf Grund der im alten Institute gewonnenen Erfahrungen ist das neue aufgebaut worden; man sieht überall das Bestreben verwirklicht, mit allen auf den verschiedensten Zweigen der Medicin und Technik erworbenen Hilfsmitteln die Laryngologie in Verbindung mit den anderen Wissenszweigen des Mediciners zu bringen und gegenseitig zu ergänzen.

In dem stattlichen im Charitégarten gelegenen und nach der Luisenstrasse sich öffnenden Rohbau gelangt man durch das Vestibül in den grossen und hellen Wartesaal, der durch eine Barrière in zwei Theile getheilt ist, der vordere ist für neue Patienten bestimmt, der dahinter gelegene für bereits in Behandlung stehende Kranke. An den abwaschbaren weissen Wänden sind mehrere Speinäpfe mit dauernder Wasserspülung und breiter Abflussöffnung angebracht, um jede Infectionsgelegenheit durch Sputa zu verhüten.

Von hier gehen die neuen Patienten in das daran stossende Aufnahmezimmer, wo sie einen mit ihrem Nationale und der Anamnese versehenen Journalzettel erhalten und von einem Assistenten untersucht werden, der den Befund in denselben einträgt; nachdem derselbe von dem Director controllirt worden, wird der Kranke durch einen kleinen Verbindungskorridor in den Abfertigungsraum geschickt. Dieser der Behandlung der Patienten und der Ausbildung mit der Laryngoskopie bereits vertrauter Aerzte zu Specialisten dienende Saal möge allen zukünftigen Neueinrichtungen zum Muster dienen. In demselben befinden sich 12 Arbeitsplätze, von denen 8 in Einzelkojen und 4 in 2 Doppelkojen angeordnet sind. Die Kojenwände sind aus hellem polirten Holz hergestellt und tragen oben eine Platte, die die nöthigen flüssigen Medicamente in entsprechend gezeichneten Flaschen enthalten. Eine an der Innenseite angebrachte, ebenso wie die erstgenannte mit Linoleum gedeckte Platte trägt die Untersuchungsinstrumente, Schalen zum Desinficiren derselben, Speischalen, Trinkglas u. s. w. Ferner hängen an einzelnen Haken die verschiedenen Kehlkopfspritzen, Insufflatoren u. a. zur

[1]) „Der Unterricht in der Universitätspoliklinik für Hals- und Nasenkranke zu Berlin“. D. Centralbl. 1892. No. 8.

localen Therapie nöthigen Instrumente. In einer verschliessbaren Schublade legt der Practicant seinen Reflector u. s. w. Weiter enthält jede Koje eine Schreibmappe, Schreibzeug und Feder, damit der Untersucher, ohne seinen Platz zu verlassen, die etwa nöthigen Eintragungen in das Krankenjournal machen kann. So hält gewissermassen jeder Practicant in seiner Koje Sprechstunde ab; der einmal ihm zugewiesene Patient bleibt in seiner dauernden Behandlung, so dass er den Verlauf der Erkrankung genau beobachten kann. Dadurch wird sein Urtheil geschärft und er zu einer wünschenswerthen Selbstständigkeit erzogen. Diese wird andererseits nothwendiger Weise beschränkt durch die Controlle des beaufsichtigenden Directors resp. der Assistenten, die von der Mitte des Saales aus alle Arbeitsplätze übersehen können. Zur Beleuchtung befindet sich in jeder Koje eine Nernstlampe, die ja ein ungemein helles und weisses Licht giebt.

An diesen Saal fügt sich eine Dunkelkammer mit Einrichtung für Durchleuchtung und für Entwicklung photographischer Platten, die ausserdem einen zum Gebrauch für die Practicanten bestimmten Sterilisator mit directem Abzug enthält.

An dem Aufnahmezimmer und Abfertigungsraum verbindenden Corridor liegen zwei Kojen für Brust- und andere Untersuchungen männlicher und weiblicher Kranker; die grössere ist mit einer Verdunkelungsvorrichtung und Einrichtung für Oesophagoskopie, Autoskopie und Durchleuchtung versehen.

An diese stossend und mit dem Abfertigungsraum in Verbindung stehend, befindet sich ein mit electrischem Anschluss versehenes Zimmer, in dem die galvanokaustischen und electrolytischen Eingriffe vorgenommen werden, natürlich wie alle Operationen unter Aufsicht.

Für blutige Operationen existirt ein benachbarter Saal mit abwaschbaren, emaillelackirten Wänden, Coulissenbeleuchtung über dem Operationstisch und allen erdenklichen Utensilien.

Neben diesem ist ein Raum für Inhalationen reservirt.

Das Auditorium, zu dem man vom Abfertigungsraum durch einen Corridor gelangt, und das für Studenten noch einen besonderen Zugang vom Charitégarten hat, besitzt eine Verdunkelungseinrichtung zum Zweck der Benutzung des Projectionsapparates, mittelst dessen nicht bloss Bilder mikroskopischer, sondern auch anatomischer Präparate für alle Zuhörer sichtbar auf eine weisse Wand geworfen werden können. Besonders schön ist die künstliche Beleuchtung; zwei grosse nach unten abgeblendete Bogenlampen werfen ihr helles Licht an die weisse Decke, von der es nach unten reflectirt wird. Es gleicht, weil es gleichmässig, weich und diffuse ist, sehr dem Tageslicht.

Neben dem Auditorium befindet sich ein Demonstrationsraum mit 6 Demonstrationsplätzen. Diese beiden Räume sind, nebenbei gesagt, die einzigen, die der gemeinschaftlichen Benutzung der laryngologischen und otologischen Klinik dienen.

Im Keller ist in einem hellen und ziemlich grossen Raume die reichhaltige Sammlung anatomischer und mikroskopischer Präparate untergebracht, sowie der Anfangstheil eines Museums, das die historische Entwickelung der Laryngologie darstellen soll.

In der ersten Etage befindet sich neben dem mit einer Handbibliothek versehenen Directorzimmer das Laboratorium, das auch den verwöhntesten Ansprüchen genügt; in der Mitte ein Arbeitstisch für chemische etc. Untersuchungen mit einem Aufsatz für Chemikalien, Reagentien und Farbstoffe; an den Fenstern Arbeitsplätze für 12 Personen — jeder Platz mit Gasleitung und Regal; ferner eine Kapelle mit Abzug für Manipulationen, bei denen Dämpfe, übelriechende Gase u. s. w. sich entwickeln; weiter Thermostat, Paraffinofen, Dampftopf, Anlage zum Wässern der Präparate u. s. w.

An das Laboratorium stösst das klinische Operationszimmer, das wie das poliklinische emaillelackirte Wände, Coulissenbeleuchtung, Sterilisator, einen in der Höhe verstellbaren Operationstisch und sonst alles wünschenswerthe enthält.

Die Station — ebenfalls in der ersten Etage — besitzt grosse und helle Tageräume und Krankensäle mit je 12 Betten für männliche und weibliche Patienten; in den Krankensälen sind fahrbare Widerstände zwecks Untersuchung der Patienten im Bett vorhanden.

Die Speisen werden in einem Aufzuge nach oben befördert; zum Wärmen derselben befindet sich auf der Station eine Theeküche.

Die Heizungs- und Ventilationsanlagen liegen im Keller; die Heizung geschieht durch Niederdruckdampf. Es sind zwei Kessel für dieselbe vorhanden und einer für warmes Wasser; dieser kann aber zu Heizzwecken mit den beiden anderen verkuppelt werden. Ein elektrischer Ventilator treibt die Luft nach oben in alle Räume, mit Ausnahme des Auditoriums, das eigene Ventilation hat; die von ihm angesogene Luft wird im Winter zunächst durch eine Wärmekammer geleitet, in der dieselbe vorgewärmt und angefeuchtet wird.

Hoffen wir, dass alle anderen Universitäten bald diesem glücklichen Vorbilde folgen!

II. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege etc.

1) **Albert Oppel. Athmungs-Apparat.** *Ergebn. d. Anat. u. Entwicklungsgesch. v. Merkel u. Bonnet. IX. Bd. 1899. Wiesbaden. 1900.*

Oppel giebt eine Uebersicht der anatomischen und physiologischen Litteratur über den Athmungsapparat für das Jahr 1899 und stellt sodann die wichtigeren Ergebnisse zusammen. Er behandelt dabei erstens den Athmungsapparat der niederen Wirbelthiere: Luftsäcke und Labyrinthapparat der Fische, Lungen von Ceratodus und Protopterus, lungenlose Amphibien, Hautathmung bei Fröschen, Kehlkopf der Reptilien, Vogellunge und Pneumatizität des Vogelkörpers; zweitens den Athmungsapparat der Säugethiere und des Menschen: Kehlkopf, Luftröhre und Bronchen, Lunge.

R. SEMON.

2) **D. H. Bergey. Gewöhnliche Erkältungen. Ihre Ursache, Verhütung und Behandlung. (Common colds: their cause, prevention and treatment.)** *Philad. Med. Journal. 19. Mai 1900.*

Verf. kommt zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Die gewöhnlichen Erkältungen werden verursacht durch die Invasion pathogener Bakterien in die Schleimhäute der oberen Luftwege; sie können in vernachlässigten Fällen zu ernsten Folgen führen und sollen deshalb niemals als gleichgültig hingenommen werden.

2. Die in Betracht kommenden ätiologischen Factoren bei derartigen Erkrankungen bedingen gleichzeitig eine Gefährdung der Gesundheit anderer Personen, die mit solchen Erkrankten in Contakt kommen. Sie erklären auch den Umstand, dass die Erkrankung, wenn sie auch bereits chronischen Charakter angenommen hat, zu acuten katarrhalischen Entzündungen bei andern damit in Contact gerathenen Personen führen kann.

3. Wenn wir die infectiöse Natur dieser Erkrankung anerkennen, wird es unsere Pflicht, so viel als möglich den Contact derartig Erkrankter mit gesunden Personen zu verhüten, besonders mit Kindern in öffentlichen Schulen.

EMIL MAYER.

3) **Lorenzo B. Lockard. Die Verhütung von Erkältungen. (The prevention of colds.)** *N. Y. Med. Journal. 14. Juli 1900.*

Die Fragestellung soll lauten: „Wie können wir unsern Körper so abhärten, dass Erkältungen überhaupt nicht mehr vorkommen, und welche Aussichten haben wir, völlige Immunität dagegen zu erzielen?“

Ein jedes Individuum unter 60 Jahren kann seine Widerstandskraft dermassen erhöhen, dass es sich beinahe oder gänzlich ohne Schaden Gelegenheiten exponiren kann, bei denen er früher eine ernsthafte Erkältung mit allen ihren üblen Folgen acquirirt hätte. Eine angesehene Persönlichkeit aus Canada sah, als sie sich in Montreal an einem strengen Wintertage des Eissports befleissigte, einen fast nackten Indianer am Eise stehen, der sich ersichtlich aus der eisigen Kälte und dem schneidenden Wind nicht das geringste machte. Auf die Frage, ob er denn nicht von der Kälte zu leiden hätte, gab er zurück: „Haben Sie im Gesicht kalt?“ Der Gefragte antwortete, dass er im Gesicht nicht von der Kälte litte, weil er da nicht gewohnt sei, sich davor zu schützen. „Gut“, sagte der Indianer, „ich bin überall Gesicht.“

„Ueberall Gesicht sein“ soll allen denen als Wahlspruch dienen, die ihren Körper (durch Bäder, Uebungen und zweckmässige Lebensweise) so abhärten wollen, dass sie sich nicht mehr vor Zug, Nässe und plötzlichem Temperaturwechsel zu fürchten brauchen.

LEFFERTS.

4) **W. Scheppegrell. Verhütung und Behandlung der „Erkältung“. (The prevention and treatment of „colds“.)** *N. Y. Med. News. 13. October 1900.*

S. constatirt, dass die Coryza so häufig vorkommt und eine so wichtige Rolle spielt in der Entstehung anderer Erkrankungen, dass sie die grösste Aufmerksamkeit verdient, zumal grosse Meinungsverschiedenheiten bezüglich ihrer Aetiologie und Behandlung bestehen. Die Prophylaxe ist am wichtigsten. Ueber-

heizte Zimmer sollen vermieden werden. Die Kleidung soll nicht zu schwer, noch zu warm sein. Kalte Uebergiessungen sind ein ausgezeichnetes Präventivmittel. Die Nase soll in normalem Zustande gehalten werden. Verf. ist auf Grund seiner persönlichen Erfahrungen und Beobachtungen überzeugt, dass es einige werthvolle Heilmittel dafür giebt. Wenn der Schnupfen auf harnsaurer Diathese beruht, ist Lithion zuweilen wirksam. Eiswasser ist ebenfalls heilsam. Ein energisches salinisches Abführmittel in den ersten 24 Stunden ist gleichfalls von Nutzen. Cocain sollte nur selten angewandt und niemals verschrieben werden. Es kann sehr leicht Schaden stiften. Die Nasenlöcher können mit einer warmen halbprocentigen Kochsalzlösung gespült werden. Dieselbe soll vermittelst einer gelinden Douche applicirt und dann die Nase während 10—20 Minuten nicht geschnäuzt werden. Wenn der Allgemeinzustand stets günstig erhalten wird, wird die Coryza recht selten sein.

LEFFERTS.

5) **A. Wassermann. Einige Beiträge zur Pathologie der Influenza. (Some contributions to the pathology of influenza.)** *N. Y. Med. Record. 4. August 1900.*

Die in den 3 ersten Monaten dieses Jahres aufgetretene Influenzaepidemie unterschied sich merklich von der grossen Pandemie im Jahre 1890, besonders bezüglich ihrer Bakteriologie. In der früheren Epidemie fanden sich die als specifisch betrachteten Bacillen constant in einer grossen Anzahl von Sputis, und die Gewinnung von Reinculturen war eine einfache und leichte Sache. In den diesjährigen Fällen war es anfangs äusserst schwierig, die Anwesenheit der Bacillen überhaupt zu demonstriren. Die weiteren Studien ergaben, dass die Bacillen zwar im Anfang der Erkrankung regelmässig vorhanden waren, aber dann sehr schnell verschwanden, so dass oft schon 24 Stunden nach der Infection nichts mehr zu finden war. In Verbindung mit diesem Phänomen des frühen und vollständigen Verschwindens des Mikroorganismus traten bei vielen der beobachteten Fälle schwere Intoxicationssymptome auf, Synkope, Herzschwäche u. s. w. Zur Erklärung dieser Thatsache zieht Verf. die Theorie heran, dass jede Infectionskrankheit einen gewissen Grad von Immunität mit sich bringt, und dass gerade die Influenzaepidemien ihre Opfer für lange Zeit schützen. So ist kein Fall von wiederholter Erkrankung desselben Individuums im Verlauf derselben Epidemie berichtet.

LEFFERTS.

6) **Schott. Influenza und chronische Herzerkrankungen. (Influenza and chronic heart disease.)** *N. Y. Med. Record. 30. Juni 1900.*

Verf. bringt einige statistische Tabellen über die Verbreitung der Influenza während der letzten Epidemien und über das relative Verhältniss der Gesammttodesfälle in einigen europäischen Armeen zu den Todesfällen durch Herzerkrankungen. Er betont, dass seine Zahlen darauf hinweisen, dass vielfach Herzkrankheiten im Gefolge der Influenza auftreten.

LEFFERTS.

7) **T. M. Mosher. Die Influenza und das Nervensystem. (Influenza and the nervous system.)** *N. Y. Medical News. 15. December 1900. Medical Record. 22. December 1900.*

Es seien folgende Schlussfolgerungen der Arbeit angeführt:

1. Die Influenzainfection producirt ein Toxin, welches eine starke und selektive Wirkung auf das Nervensystem ausübt.

2. Die unmittelbaren Toxinwirkungen machen sich an den peripheren Nerven und den Cerebrospinalcentren geltend.

3. Die Fernwirkungen manifestiren sich in einer Verminderung des Tonus des Nervensystemes, was die Disposition zu andern Erkrankungen schafft.

4. Die Folgeerkrankungen entwickeln sich in den geschwächten oder prädisponirten Organen; so entstehen die verschiedenen Formen der „respiratorischen“, „alimentären“, „urogenitalen“ und „circulatorischen“ Influenza.

5. Die Nachkrankheiten der Influenza sind ebenfalls hervorgerufen durch die verminderte Widerstandsfähigkeit des Nervensystemes nach der Influenza bei dazu prädisponirten Personen.

6. Die Nachkrankheiten der Influenza sind nicht wesentlich verschieden von anderen Erkrankungen, die auf verminderter vitaler Widerstandsfähigkeit beruhen.

7. Die Prognose der Influenzaerkrankungen ist im allgemeinen bei geeigneter Behandlung eine gute.

8. Eine Ausnahme davon machen die Influenzaerkrankungen, die während des Verlaufes anderer schwerer Erkrankungen auftreten, z. B. Pneumonie, allgemeiner Schwäche, sowie im Greisenalter bei vorhandener geistiger oder physischer Kräfteabnahme.

LEFFERTS.

8) **H. C. Wood. Influenza. (Influenza.)** *N. Y. Med. News. 20. Oct. 1900.*

Rp. Antipyrini 1,0
Pilocarpini muriat. 0,03
Tinct. aconiti 0,25
Aq. q. s. ad 45,0

D. S. 1 Esslöffel voll zu nehmen, danach ein Vollbad oder Fussbad von 10minutenlanger Dauer; darauf wird Pat. zu Bett gebracht, und 1 Theelöffel voll in 1 Glas heissem Grog gegeben, was nach 20 Minuten wiederholt wird bis zum Schweissausbruch. Wenn Schmerzen bestehen kann 0,01 g Morphium zu der Arznei hinzugefügt werden.

LEFFERTS.

b. Nase und Nasenrachenraum.

9) **Réthi. Zur Rhinoskopia externa.** *Monatschr. f. Ohrhkd. No. 5. 1900.*

Constatirung der Thatsache, dass von R. schon seit 1883 die Wichtigkeit der Untersuchung des vorderen Naseneinganges in seinen Cursen hervorgehoben und die Anwendung des Kehlkopf- oder Nasenrachenspiegels zur Besichtigung dieser Stelle gezeigt wird.

SCHECH.

10) **A. Chalmers. Mittheilungen über „Heupuye“ an der Goldküste. (Report on Heupuye in the Gold coast colony.)** *Lancet. 6. Januar 1900.*

Beschreibung und Abbildung mehrerer Fälle. Die Affection, die an der französischen Elfenbeinküste „Goronder“ oder „Anakhre“ heisst, besteht in einer

subperiostalen Knochenneubildung an der äusseren Fläche der Nasenbeine und der Nasalfortsätze des Oberkiefers. Das Leiden ist als localisirte osteoplastische Periostitis aufzufassen. Die einzige Therapie ist die operative Entfernung des neugebildeten Knochens.

ADOLPH BRONNER.

11) **W. Renner. Ein Fall von „Goundon" oder „Anakhre". (A case of Goundon or Anakhre.)** *N. Y. Med. Record. 10. Februar 1900.*

R. beschreibt den Fall eines 39jährigen Mannes, bei welchem im Jahre 1882 die ersten Symptome festgestellt werden konnten. Die Erkrankung besteht in einer taubeneigrossen Geschwulst, die dem Processus nasalis des Oberkiefers an einer Seite quer anliegt. Es handelt sich offenbar um dasselbe Krankheitsbild, das Chalmers als Hempuye oder Hundenase im Lancet vom 6. Januar 1900 beschrieben hat (cf. medical Record. Bd. 47. S. 113).

LEFFERTS.

12) **François** u. **Lambotte. Vorstellen von an Lupus der Wange und Nase operirter Kranken.** *Annales et Bulletin de la Soc. Méd. Chir. d'Anvers.*

Am 9. Februar stellten F. u. L. zwei Kranke vor, von denen der eine an einem Wangenlupus mit Thiersch'schen Hauttransplantationen, der andere wegen Nasenlupus mit Entrindung der Nase und Ersatz durch einen Stirnlappen operirt war. Resultat ausgezeichnet.

BAYER.

13) **C. Riis** (Kopenhagen). **Ein Fall von Lupus nasi mit Röntgenstrahlen behandelt. (Et Tilfälde af lupus nasi, behandlet med Röntgenstraaler.)** *Hosp. Tidende. p. 2. 1900.*

Ein sehr gutes Resultat nach 13 Sitzungen von je 20—25 Minuten Dauer.

SCHMIEGELOW.

14) **C. A. Dethlefsen** (Dänemark). **Lupus vulgaris mit Gefrierung mittelst Chloräthyl behandelt. (Lupus vulgaris behandlet med Frysning ved Hjälp af Klorätyl.)** *Hospitals-Tidende. p. 1. 1900.*

Verf. hat ein gutes Resultat bei Lupus des Gesichts mittelst dieser Behandlung erlangt.

SCHMIEGELOW.

15) **Alberto Pini. Ueber Olfactometrie. (Sulla olfattometria.)** *Gazz. degli ospedel. e della cliniche. August 1900.*

Enthält die Wiedergabe der von Grazzi auf dem V. Congress der Ital. Gesellschaft f. Laryngologie vorgetragenen und anlässlich des Berichts über diesen Congress in vorliegendem Centralblatt referirten neuen olfactometrischen Methode.

FINDER.

16) **Broekaert. Ein Fall von traumatischer Anosmie. (Un cas d'anesmie traumatique.)** *Annales de la Soc. de Méd. de Gand. 3. Fasc. 1900.*

40jährige Frau machte einen Sturz aufs Hinterhaupt mit breiter Wunde der Kopfhaut gefolgt von Ohrensausen, Schwerhörigkeit und vollständigem Verlust des Geruchs. Die eingeleitete Behandlung, welche es mehr auf Suggestion absah, brachte rapid alle Symptome zum Verschwinden. B. glaubt es mit einer traumatischen Anosmie auf organischer Basis zu thun zu haben, bei der es sich

um eine Verletzung des Bulb. olfact. mit Blutextravasat gehandelt, nach dessen Resorption die Functionsfähigkeit der Nerven sofort wieder zurückgekehrt wäre.

BAYER.

17) **de Martines** (Lausanne). **Untersuchungen über Geschmacks- und Geruchsvermögen bei allgemeiner progressiver Paralyse. (Recherches etc.)** *Revue méd. de la Suisse romande. H. 8 u. 9. 1900.*

Die Beobachtungen aus der psychiatrischen Klinik in Lausanne an 16 Männern und 6 Frauen ergaben folgende Schlüsse:

Die Zerstörung oder Verminderung des Geruchsvermögens kann als ein Symptom der allgemeinen Paralyse betrachtet werden.

Es war unter 22 Fällen 5mal intact, 15mal null, 2mal fast null.

Das Geschmacksvermögen zeigt geringere Störungen; 3mal Aufhebung, 18mal Verminderung, 1mal normal. Der Verlust der Geschmacksempfindung für Kochsalz in 21 von 22 total, also pathognomonisch.

Die genannten Störungen sind unabhängig vom Alter des Patienten und von der Dauer der Krankheit.

Das Experiment mit dem Kochsalz ist für die Praxis sehr verwendbar.

JONQUIÈRE.

18) **R. Kafemann** (Königsberg). **Psychologische Untersuchungen über die sog. Aprosexia nasalis.** *Fraenkel's Arch. f. Laryngol. Bd. X. p. 435. 1900.*

K. hat die bekannten experimentell-psychologischen Untersuchungen, die speciell in Prof. Kräpelin's Laboratorium seit Jahren gepflegt werden, auf das Gebiet der Rhinologie übertragen und geprüft, ob bei einem normalen Individuum nach künstlicher Behinderung der Nasenathmung eine Beeinträchtigung der geistigen Leistungsfähigkeit experimentell nachweisbar ist. Die Prüfung fand statt durch die sogenannten Wahlreactionen und durch Addir-Versuche und zwar an 8 aufeinander folgenden Tagen in der Weise, dass je ein Normaltag mit einem Tage abwechselte, an dem durch einen Obturator eine geringe Behinderung der Nasenathmung gesetzt wurde (Obturatortag). Bei den Wahlreactionen ergab sich „an den Obturatortagen ein deutlicher, wenn auch geringer Ausschlag im Sinne der Zeitverlängerung". Bei den Addirversuchen erlitt „die Auffassung selbst keine nennenswerthe Beeinträchtigung durch den Nasenverschluss", aber „das Festhalten der aufgefassten Eindrücke war deutlich erschwert". — K. selbst verhehlt sich nicht, dass seine Untersuchungen „nur die erste Pionirarbeit" darstellen und „weitere Prüfung dringend nothwendig ist". Es darf hinzugefügt werden, dass diese Art der experimentell-psychologischen Untersuchungen überhaupt, so interessant sie sind, doch keineswegs noch allgemein als einwandsfreie und eindeutige wissenschaftliche Untersuchungsmethode anerkannt wird.

F. KLEMPERER.

19) **St. Clair Thomson. Die normale Bakteriologie der Nase. (The normal bacteriology of the nose.)** *N. Y. Med. Journal. 6. October 1900.*

Die Hauptschlussfolgerungen des Verf.'s sind:

„In Anbetracht der grossen Mengen staub- und keimbeladener Luft, welche stündlich in die Nase eindringen, ist dieselbe auffallend frei von Mikroorganismen.

Gewisse Autoren vermochten immer einige Organismen in der gesunden Nase zu finden, wenn auch in geringer Zahl; andere haben in der Mehrzahl der Fälle nichts gefunden. Diese Differenz rührt wahrscheinlich daher, dass die letzteren Beobachter einfach eine Oese voll Schleim von einer Stelle entnahmen, während die ersteren im allgemeinen die Nase mit einem sterilen Wattebäuschchen auswischten. Alle Untersuchungen haben die Beobachtung bestätigt, dass es im Vestibulum der Nase von Organismen wimmelt. Frühere Beobachter haben auf die Wirkung der Flimmerepithelien im Hinausbefördern von in die Nase eingedrungenen Substanzen und auf die Bedeutung des Schleimfliessens für die Reinigung der Schleimhautoberfläche Werth gelegt. Einige (Wurtz, Lermoyez, Piaget) behaupten eine bactericide Kraft des Nasenschleimes. Andere (Thomson und Hewlett) konnten nur einen wachsthumshemmenden Einfluss des Nasenschleimes auf die Mikroorganismen erweisen; und andere schliesslich sind nur zu dem Schluss gekommen, dass der Schleim ein schlechter Nährboden sei. Die Phagocytose spielt bei der Beseitigung der Nasenbakterien ebenfalls eine Rolle; in dieser Hinsicht ist die Dissertation von Viollet besonders interessant und lehrreich."

LEFFERTS.

20) **Simoni. Die Frisch'schen Bacillen auf der Nasen- und Mundschleimhaut. (The Frisch bacilli in nasal and oral mucous membranes.)** *N. Y. Medical Record. 28. April 1900.*

Verf. ist nach seinen Studien über diesen Gegenstand in der neueren Litteratur lange im Zweifel gewesen, ob Rhinosklerom ansteckend ist oder nicht, und ob der Frischbacillus wirklich den specifischen ätiologischen Faktor der Erkrankung darstellt. Er fand in den Secretionen bei Ozaena eingekapselte Bacillen, welche isolirt werden konnten und sich identisch erwiesen mit denen, die man bei Rhinosklerom sieht. Verf. berichtet nun über ausgedehnte Untersuchungen an 76 Fällen, davon betrafen 58 Menschen, die an Nasenkrankheiten litten, die übrigen 18 Thiere mit acuten und chronischen Nasenkatarrhen. Von diesen 76 Fällen, sowie von der Nasenschleimhaut gesunder Personen legte der Autor Gelatine- und Agar-Culturen an. Durch gründliche und mühevolle Untersuchungen kam er zu dem Schluss, dass der Frisch'sche Bacillus und der Friedländer-sche Pneumobacillus nur Varietäten derselben Species darstellen, die in der Natur sehr verbreitet sind; ihre Extreme sind einerseits der Frisch-Bacillus, andererseits der Löwenberg-Abel'sche (Bac. mucosus). Der Verf. weist nach, dass diese Bacillen in der Nasenschleimhaut selbst auch auf der weniger ergriffenen Seite sitzen und dass sie immer in der Schleimhaut bei Thieren zu finden sind. Er erklärt also den Frisch'schen Bacillus für einen häufigen und unschuldigen Gast der Nasen- und Larynxhöhlen.

LEFFERTS.

21) **Martin. Infection der Lungen durch die Nase während der Nacht. (Infection pulmonaire d'origine nasale pendant la nuit.)** *Académie de Médecine. 7. August 1900.*

Bei Kranken, die an Rachen- und Nasenkrankheiten leiden, fliessen während der Nacht in der Trachea toxische Substanzen nach abwärts, die die Lungen, insbesondere den Unterlappen der Seite, auf welcher der Kranke liegt, inficiren.

PAUL RAUGÉ.

22) **Oppenheim. Acute Rhinitis bei Kindern. (Acute rhinitis in children.)** *N. Y. Medical News. 28. Juli 1900.*

Verf. räth zuerst den Verdauungstractus zu reinigen durch Verabreichung von 0,006 Calomel mit nachfolgenden milden Abführmitteln. Warme Bäder heben sowohl den Allgemeinzustand, als auch die locale Circulation. Die Nasenhöhle soll häufig bespritzt werden mit einer alkalischen oder Borsäurelösung; danach bediene man sich eines milden Oelsprays und bestreiche die Nasenränder und die ganze Oberlippe mit Vaseline zum Schutz vor dem scharfen Nasenausfluss. Die Nahrung muss sorgfältig regulirt, und das Kind so viel als möglich in der freien Luft gehalten werden. Regelmässige Pflege, stärkende Bäder und Tonica schützen vor Rückfällen.

LEFFERTS.

23) **Redact. Notiz. Gegen acute Rhinitis. (In acute rhinitis.)** *N. Y. Medical Record. 3. November 1900.*

Rp. Ichthyoli 0,05
Aether. 50,0
Alcohol. 50,0
M. D. S. Als Spray zu benutzen.

LEFFERTS.

24) **Jacontini. Beitrag zur Therapie der Coryza. (Contributo alla terapia della corizza.)** *Il Morgagni. 15. December 1900.*

In einer vorläufigen Mittheilung von lakonischer Kürze theilt Verf. die Thatsache mit, dass er bei acutem Schnupfen gute Erfolge mittels innerlicher Darreichung von Jodrubidium erzielt hat. Irgendwelche näheren Angaben fehlen vollständig.

FINDER.

25) **E. B. Gleason. Chronischer Nasencatarrh. (Chronic nasal catarrh.)** *Medical Council. Juni 1900.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

26) **Morell Mackenzie. Chronischer Schnupfen. (Chronic coryza.)** *N. Y. Medical Record. 4. August 1900.*

Rp. Natr. bicarb.
Natr. biborac.
Natr. chlorat. ana 0,4
Sacch. alb. 1,0

In warmem Wasser zu lösen, in die Hohlhand zu giessen, und stark aufzuschnupfen, so dass die Lösung bis in den Pharynx eindringt; oder in die Nasenlöcher zu injiciren.

LEFFERTS.

27) **E. B. Gleason. Einfacher chronischer Nasencatarrh. (Simple chronic nasal catarrh.)** *N. Y. Medical Record. 4. August 1900.*

Reinigung mit alkalischen Lösungen und 2—3 mal in der Woche Anwendung von:

Rp. Jodi 0,3
Kali. jodat. 1,0
Glycerini 30,0

Dann zum Schutze anzuwenden:

Rp. Menthol 0,3
Camphorae 1,2
Albolene 60,0.

LEFFERTS.

28) **Redact. Notiz. Chronischer Schnupfen bei Kindern. (Chronic coryza in infants.)** *N. Y. Medical Record. 8. September 1900.*

Rp. Bismuth. salicyl.
Bismuth. benzoic. ana 4,0
Natrii benzoic. 1,50
Orthoformii 0,5
Menthol. 0,5
Talci 10,0
M. S. Zur Insufflation.

LEFFERTS.

29) **D. A. Berndt. Behandlung des einfachen chronischen Nasencatarrhs. (Treatment of simple chronic catarrh of the nose.)** *Columbus Med. Journal. November 1900.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

30) **Owen Smith. Chirurgische Behandlung des Nasencatarrhs. (Surgical treatment of nasal catarrh.)** *Journal of Medicine and Science. Decemb. 1900.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

31) **J. M. Gill** u. **Sinclair Gillies** (Sydney). **Ein Fall von fibrinöser Rhinitis. (A case of fibrinous rhinitis.)** *Austral. Med. Gazette. 20. October 1900.*

Es handelt sich um ein 5jähriges Kind. Vor 3 Wochen hatte dasselbe des Nachts Athembeschwerden; es bestanden keine Halsschmerzen und keine anderen Krankheitszeichen, abgesehen von einer gewissen Fieberneigung, die aber nur während einiger Tage im Beginn vorhanden war. Eine weisse Masse wurde aus dem rechten Nasenloch entfernt; nach einiger Zeit bildeten sich die Membranen von Neuem. Bakteriologische Untersuchungen ergaben den Diphtheriebacillus. 2 Meerschweinchen wurden mit einer reichlichen Quantität von einer 24stündigen Cultur der Membran geimpft. Eines erhielt gleichzeitig eine Dose von Diphtherie-antitoxin. Dieses Thier zeigte kein Zeichen einer Erkrankung, das andere starb in 48 Stunden.

Nach Ansicht der Verff. sollten, da eine beträchtliche Meinungsverschiedenheit unter den Rhinologen hinsichtlich der Aetiologie der fibrinösen Rhinitis besteht, alle Fälle, in welchen eine vollständige klinische und bakteriologische Untersuchung ausgeführt worden ist, publicirt werden.

A. T. BRADY.

32) **M. Thomas. Rhinitis bei einem Kinde, durch Löffler'sche Bacillen verursacht. (Rhinitis due to Loeffler bacillus in an infant.)** *N. Y. Medical Journal. 8. September 1900.*

Verf. berichtet von einem Fall von Rhinitis, welcher alle klinischen Anzeichen von Diphtherie darbot, und in dem Klebs-Loeffler'sche Bacillen gefunden wurden. Es wurde Antitoxin angewandt und Heilung herbeigeführt.

LEFFERTS.

33) **C. de Rossi. Die klinischen Formen der eitrigen Rhinitis; ihre Pathologie und Behandlung. (Clinical forms of purulent rhinitis; their pathology and treatment.)** *N. Y. Medical Record. 25. August 1900.*

Das Wesentliche in der Behandlung liegt in dem Satze: Nil nocere. Die mit Eiterkeimen überschwemmte Schleimhaut ist leicht verletzlich. Wenn man die Mucosa zu brüsk berührt, verletzt man sie leicht, und wenn die Epithelien abgelöst werden, wird leicht für die Mikroorganismen ein weiterer Zutritt geschaffen. Ueberdies vereitelt oft Hämorrhagie, so geringfügig sie auch sei, die genaue und wirksame Anwendung örtlicher Mittel. Die circumscripten Formen der purulenten Rhinitis, welche zu Ulcerationen, Perichondritis, Septum-Abscessen, cariöser oder nekrotischer Osteitis etc. führen, verlangen chirurgische Abhülfe. Gewöhnlich genügt die Beseitigung der nekrotischen Stellen und die Anwendung des Elektrokauters zu diesem Zweck.

LEFFERTS.

34) **Duchesne. Die Ozaena. (L'ozène.)** *Annales de la Société Med. Chir. de Liège. No. 1. 1900.*

Revueartikel, welcher unvollständig wiedergiebt, was in den letzten Jahren über die Aetiologie, Pathogenie und Therapeutik der Ozaena veröffentlicht worden. Nichts Neues.

BAYER.

35) **Siebenmann** (Basel). **Ueber Ozaena (Rhinitis atroph. simpl. foetida).** *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 5. 1900.*

Kein Berufenerer als S. kann heute dieses Thema besprechen, weshalb er auch hierzu von der Aerztegesellschaft in Basel officiell aufgefordert worden ist. Im April und September des Centralblatts 1900, S. 166 und S. 161 setzte Ref. die S.'sche Ozaena-Theorie und die allgemeine Berechnungs-Formel der Obergesichts-, Nasen- und Gaumenindexe und deren gegenseitige Verhältnisse auseinander, welche durch die grosse Nasenweite der Chamäprosopen in der Verbindung mit der Metaplasie der Nasenepithelien die Bedingungen der Ozaena erschöpfend ausmachen (Arbeiten von Meisser und Grossheintz aus der Siebenmann-schen Klinik). Hier nun betont S., dass wohl auch bei Leptoprosopen Epithelmetaplasien vorkommen, welche aber nicht Ozaena zur Folge haben, weil die Nasen eng gebaut sind. Er macht auch auf die Angaben Reuter's aufmerksam, wonach beim weiblichen Geschlecht der kindliche Schädeltypus mit seiner breiten Anlage häufiger persistirt, was das häufigere Vorkommen der Ozaena beim Weibe erklären würde. Unter der zur Verhornung geneigten Epithelialschicht findet S. in auffälliger Zahl Mastzellen. Er hält jedoch das Auftreten von Fetttröpfchen entgegen der Ansicht von Habermann u. A. nicht für charakteristisch. Auch die anderen Theorien der Ozaena erklärt er als hinfällig. Die Xanthose von Zuckerkandl reiht er mit Recht seinem Bilde der Ozaena ein. Er giebt aber zwei Arten von Ausnahmen zu: a) metaplasirte Nasenhöhlen mit reichlichem stets flüssigem Secret und sehr wenig Fötor, b) eine reine nicht atrophische Form der fötiden Rhinitis mit Metaplasie. Er möchte daher die Metaplasie als das constanteste Symptom der Ozaena in der Nomenclatur hervorgehoben wissen. Verf. frägt nach der Erklärung der secundären Atrophie der Muschelknochen. Diese

scheint ihm den beiderseitig epidermisirten dünnen Knochenplatten eigenthümlich zu sein, da hier ähnlich wie im Ohr sich die Blutversorgung fast nur von dem metaplasirten Gebiete her vollziehen muss. S. empfiehlt zur Diagnose die Auskratzung resp. Abtragung des unteren Randes der mittleren und unteren Muscheln und Färbung des Epithelialgewebes nach Gram.

Als Therapie zieht er das englische Doppelclysma mit 1 pCt. Salzwasser den anderen Methoden vor.

JONQUIÈRE.

36) C. Chauveau. **Ueber gewisse laryngo-bronchitische Complicationen der Ozaena, die Lungentuberculose vortäuschen. (De certaines complications laryngo-bronchiques de l'ozène, simulant la tuberculose pulmonaires.)** *Journ. de Médecine interne. 15. Mai 1900.*

C. berichtet in dieser Arbeit über mehrere Beobachtungen von mehr oder weniger schwerer Hämoptyse, bei Kranken, welche an Ozaena mit secundärer Laryngitis von gleicher Natur litten. Die Kranken wurden als verdächtig auf Lungentuberculose angesehen. Sie boten jedoch keinerlei physikalische Zeichen am Thorax dar und die Hämoptysen waren nur auf die Entzündungen im Larynx und der Trachea zurückzuführen infolge der Ozaena und der den Schleimhäuten adhärenten Krusten.

A. CARTAZ.

37) **Bruck** (Berlin). **Zur Therapie der Ozaena.** *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 12. 1900.*

Eine kleine Charge gegen Siebenmann, welcher die Gottstein'sche permanente Nasentamponade selbst mit der Bruck'schen Modification nicht anerkennen will und die Ausspülungen mit der englischen Spritze 1—2mal in 24 Stunden, wie wohl die Mehrzahl der lange prakticirenden Nasenärzte, vorzieht.

Ibidem. Siebenmann, Bemerkungen zu obiger Arbeit, in welcher die sofort zu erfahrenden Nachtheile der Nasentamponade hervorgehoben werden, und der Angriff mit Recht und gutem Humor parirt wird.

JONQUIÈRE.

38) J. Mazarotto. **Creosotal (von Heyden) bei Ozaena. (Creosotal [von Heyden] in ozaena.)** *Toledo Med. and Surg. Reporter. Juni 1900.*

3 Tropfen 3mal täglich in Syrup oder Leberthran, alle 3 Tage um 3 Tropfen steigend bis zu 24—30 Tropfen 3mal täglich. In 20 Fällen wurden angeblich günstige Resultate erzielt.

EMIL MAYER.

39) R. J. Wenzal. **Behandlung der atrophischen Rhinitis. (Treatment of atrophic rhinitis.)** *Kansas City Med. Index Lancet. Juli 1900.*

Rp. Acid. carbol. 1,3
Aristol. 2,6
Ol. Picis
Ol. Cubeb. ana 4,0
Ol. Pini Pumil. 6,0
Camphor.
Menthol. ana 2,0
Thymol. 0,6

Ol. Eucalypt. 0,6
Albolene q. s. ad 128,0.
M. D. S. Zum Spray zu benutzen.

Danach folgt die Application mit der Wattesonde von:

Rp. Jodine 1,3
Acid. carbol.
Menthol. ana 2,0
Thymol. 1,0
Tct. Benzoin.
Glycerini ana 16,0.
M. f. Sol.

EMIL MAYER.

40) **Bartholow. Ozaena. (Ozaena.)** *N. Y. Medical Record. 4. August 1900.*

Rp. Aluminis aceto-tartaric. (10proc.) 120,0.

S. 1 Theelöffel voll auf 360 ccm warmen Wassers als Douche mehrmals täglich zur Entfernung der Secrete etc. Darnach Spray mit

Rp. Ext. hydrastis fluid. 4,0
Aquae 30,0.

LEFFERTS.

41) **Somers. Ozaena mit atrophischer Rhinitis. (Ozaena of atrophic rhinitis.)** *N. Y. Medical Record. 8. September 1900.*

Reinigung mit alkalischer Lösung, dann mit Wasserstoffsuperoxyd und danach wieder mit alkalischen Waschungen. Als Insufflation ist anzuwenden:

Rp. Ac. citrici 75 Theile
Sacch. lactis 25 „

LEFFERTS.

42) **Geo. M. Lefferts. Fötide Rhinitis. (Fetid rhinitis.)** *N. Y. Med. News. 13. October 1900.*

Zur Reinigung und Desinfection der Nase empfiehlt L. tägliche Anwendung der vorderen und hinteren Nasenspülung, dabei, wenn nothwendig, gelegentliche Entfernung harter Krusten mit der Zange und Waschungen mit alkalischen und antiseptischen Lösungen, bis alle pathologischen Secretionen verschwunden sind. Empfehlenswerthe Recepte dafür sind:

Rp. Natr. biborac. 4,0
Glycerit. acidi carbol. 6,5
Aquae 500,0

oder Rp. Ac. salicylici 0,6
Natr. bicarb. 4,0
Aquae 500,0

oder Rp. Natr. biborac. 4,0
1proc. Sol. Kalii hypermangan. 6,0
Aquae 500,0.

Die lästige Trockenheit der Schleimhaut kann zum Theil schon durch den häufigen Gebrauch eines Sprays mit flüssiger Vaseline beseitigt werden.

LEFFERTS.

43) **Francis S. Steward** (London). **Tuberculose der Nasenschleimhaut. (Tuberculosis of the nasal mucous membrane.)** *Guy's Hospital Reports. Vol. 54.*

Eine fleissige Arbeit aus der Abtheilung für Halskrankheiten in Guy's Hospital, die neben sechs genau beschriebenen neuen Fällen und einer eingehenden klinischen und pathologisch-anatomischen Schilderung des Bildes der Krankheit eine tabellarische Zusammenstellung von genau 100 Fällen des immerhin seltenen Leidens mit ausführlichem Literaturverzeichniss bringt. Das Studium des Originals ist zu empfehlen.

SEMON.

44) **Broeckaert. Ueber die Behandlung der Epistaxis. (Du traitement de l'epistaxis.)** *La Belg. Méd. No. 51. 1900. Bulletin de la Soc. de Méd. de Gand. April 1900.*

Gelegentlich der Beobachtung zweier Fälle von Epistaxis, welche der Verf. mittheilt, bespricht er ausführlicher die Behandlungsweise der Epistaxis, nichts Neues bringend.

BAYER.

45) **Lancereaux** (Paris). **Neuropathische Hämorrhagien der Respirationswege (Epistaxis und Hämoptyse). (Hémorrhagies neuropathiques des voies respiratoires. Epistaxis et hémoptysies.)** *Académie de méd. 3. August 1900.*

In einem sonderbaren rückschrittlichen Bestreben versucht L. wieder die ganze veraltete Reihe von Epistaxis und Hämoptyse gichtischen, herpetischen, hysterischen und vicariirenden Ursprungs zu Ehren zu bringen. Er bemüht sich, selbst die prophylaktische Rolle dieser Hämorrhagien wieder zu etabliren und behauptet, dass sie in bestimmten Fällen der Gesundheit zuträglich seien.

PAUL RAUGÉ.

c. Mundrachenhöhle.

46) **Thöle** (Frankfurt a. O.). **Mucoidcyste in der Fossa canina des Oberkiefers.** *Zeitschr. f. Chirurgie. 58. Bd. 1. 2. H. 1900.*

Der etwa hühnereigrosse Tumor enthielt eine zähe, fast klare Flüssigkeit. Die Auskleidung bestand aus Plattenepithel, welches an der vorderen Wand Höcker und Warzen ohne bindegewebigen Grundstock und tiefe epitheliale Einsenkungen bildete.

SEIFERT.

47) **B. Jelgersma** (Purmerend). **Actinomycosis hominis.** *Medisch Weekblad. p. 465. 1900.*

Der erste Fall betrifft einen Mann von 30 Jahren mit einer acuten, fast schmerzlosen Schwellung im freien Theil der Zunge. Druckempfindlichkeit der Zunge; geringe Behinderung der Sprache. Debüt des Leidens mit brennenden Schmerzen an einer kleinen Stelle am Zungenrande neben einer schon längere Zeit schmerzhaften cariösen Prämolaris. Durch Incision wird spärlicher Eiter mit zahlreichen Actinomycescolonien entleert. Heilung unter Gebrauch von Jodkali in wenigen Wochen.

Bei dem zweiten gleichfalls mikroskopisch bestätigten Falle befand sich seit einigen Wochen eine unregelmässige Schwellung vor dem Zungenbein. Auch hier wurde durch Incision nur wenig Eiter entleert und keine grössere Höhle eröffnet. Heilung wie bei dem anderen Fall in kurzer Zeit unter Jodkali-Behandlung.

J. sah noch andere Fälle von Actinomycose. Als charakteristisch erwähnt er die lebhafte Bindegewebswucherung um den Herd. Bei dem ersteren Patient war die hellgelb-grüne Farbe der Colonien unter dem Mikroskop auffallend.

H. BURGER.

48) **J. Dejardin** u. **E. Gulikers** (Lüttich). **Radicalcur der Fisteln des Stenon-schen Canals durch eine neue Operationsmethode. (Cure radicale de la fistule du canal de Stenon par un procédé nouveau.)** *Annal. de la Soc. Belge de Chir. No. 8. 1900.*

Beschreibung eines neuen Operationsverfahrens bei Fisteln des Ohrspeicheldrüsenganges. Von rein chirurgischem Interesse.

BAYER.

49) **Terrier** (Paris). **Ranula sub-hyoidea. Exstirpation mit gleichzeitiger Abtragung der Glandula submaxillaris. (Grenouillette sous-hyoidienne. Exstirpation compliquée de l'ablation de la glande sous-maxillaire.)** *Société de Chirurgie. 9. Mai 1900.*

Es handelte sich um einen Kranken, der bereits 8mal wegen Recidiven operirt war. T. machte eine subhyoideale Incision, schälte die Tasche heraus, die sich als durch einen dünnen Stiel mit der Submaxillardrüse adhärent erwies. Er exstirpirte auch diese letztere gleichzeitig. Definitive Heilung.

PAUL RAUGÉ.

50) **G. Baudouin. Schanker des Gaumens. (Chancre du palais.)** *Société française de Dermat. 1. Februar 1900.*

Der Kranke hat am Gaumensegel, auf dem freien rechten Rand eine unregelmässig halbmondförmige Erosion, deren Anfang 3 Wochen zurückliegt. Dieselbe ist fünffrankstückgross, von flachem Grund und mit gräulichem Belag bedeckt. Die umgebende Schleimhaut ist entzündlich geröthet und ihr Grund hart infiltrirt. Eine grosse Drüse ist am Unterkieferwinkel zu fühlen.

Der Autor resumirt die Gründe, die ihn zur Diagnose eines syphilitischen Schankers veranlassen.

A. CARTAZ.

51) **T. R. Chambers. Angiom des hinteren Gaumenbogens. (Angioma of posterior pillar.)** *Laryngoscope. April 1900.*

C. demonstrirt einen 16jährigen jungen Mann, der vor 3 Jahren durch einen ihm in den Hals eindringenden Stock verletzt worden war. Ein Jahr später machte sich etwas im Halse bemerklich und neuerdings bestehen Schluckbeschwerden. Die Untersuchung ergiebt einen bläulichen Tumor an der vorderen Seite eines der hinteren Gaumenbögen. Er maass $1^1/_2$ zu 1 zu $^3/_4$ Zoll. C. beabsichtigt die Entfernung der Geschwulst mit der heissen Schlinge in Chloroformnarkose. Er hält sie für ein Angiom.

EMIL MAYER.

52) **Van de Wiele. Myxosarcom des Gaumens. (Myxosarcome de la voûte palatine.)** *Annal. de la Soc. Méd. Chir. d'Anvers. Mai-Juni 1900.*

Kleineigrosse Geschwulst, welche einen beträchtlichen Theil des Gaumengewölbes einnimmt bei einem 18jährigen Mädchen. Die mikroskopische Untersuchung derselben ergiebt ein Myxosarcom zur Gruppe der Cylindrome gehörig. Exstirpation; Heilung mit Tragen eines Obturators. BAYER.

53) **Marian. Das Gaumensegel als accessorisches Geschmacksorgan. (Le voile du palais organe accessoire de la gustation.)** *Nord médical. 1. Februar 1900.*

M. hat bei intelligenten Personen Versuche angestellt, die ihm die Gewissheit geben, dass das Gaumensegel eine Rolle bei der Geschmackswahrnehmung spielt. Er liess die Zunge herausstrecken, vermied eine Berührung des Mundes oder der seitlichen Ränder des Gaumensegels mit den Geschmackssubstanzen und bediente sich vorzugsweise süsser und bitterer Substanzen; dabei konnte er deutlich feststellen, dass das Segel Geschmack empfindet und zwar bittern besser als süssen (Zuckersyrup resp. Chininum sulfuricum). Die Empfinduug wird wahrgenommen und vermittelt durch Zweige der Glossopharyngeus, die die Mandeln passiren und zu der unteren Partie des Gaumensegels hingehen, sowie durch die Geschmacksfasern des Lingualis, die von der Chorda tympani kommen und nur die Fortsetzung der Portio intermedia Wrisbergii sind, welche ihrerseits vom oberen Bündel des Glossopharyngeus stammt. A. CARTAZ.

54) **Gulikers. Vorzeigen eines Apparates zum vollständigen Nasenrachenverschluss. (Appareil fabriqué pour obturation complète du pharynx nasal.)** *Annales de la Soc. Méd. Chir. de Liège. März 1900.*

In der Lütticher Medic. chirurg. Gesellschaft, Sitzung vom 2. Februar 1900, zeigte G. einen Apparat vor, welchen er nach vorausgeschickter Staphylorraphie mit bestem Erfolge bei einem jungen Advokaten behufs vollständigen Verschlusses des Nasenrachens angefertigt hatte. BAYER.

55) **Gulikers. Vorstellen eines Kranken mit einem Verschlussapparat einer vasten Perforation des Gaumensegels syphilitischen Ursprungs. (Présentation d'un malade porteur d'un appareil obturateur d'une vaste perforation d'origine syphilitique du voile du palais.)** *Annales de la Soc. Méd. Chir. de Liège. Juni 1900.*

In der Sitzung der Lütticher Medic. chir. Gesellschaft am 1. Mai 1900 stellt G. einen Kranken vor mit einem Obturator des weichen Gaumens zum Verschluss einer ausgedehnten syphilitischen Perforation derselben. Der Apparat besteht aus einer Caoutschoucplatte, welche auf einem kleinen Arm ruht, der an einem künstlichen Gebiss angebracht ist. Der Apparat ist leicht anzulegen, genirt nicht im Mindesten und erlaubt der Person zu sprechen, wie mit einem intacten Gaumensegel. Die Stimme ist rein und nicht näselnd. BAYER.

56) **Robert Levy. Die Zungentonsille. (The lingual tonsil.)** *N. Y. Medical Record. 22. September 1900.*

Verf. theilt je nach dem Grad, in welchem gewisse Symptome dabei auf-

treten, diese Fälle ein in 1. solche, von einfachem Unbehagen; 2. solche mit starkem Husten; 3. solche mit Stimmstörung; 4. mit Respirationsstörung; 5. mit Schluckbeschwerden; 6. mit Haemorrhagien. Die zu diesen verschiedenen Stadien gehörigen Symptome werden eingehend erörtert. L. mahnt dabei zur Vorsicht im Hinweis darauf, dass manche Individuen eine verhältnissmässig grosse Zungentonsille haben, ohne dass dieselbe für gewisse Symptome verantwortlich zu machen ist, und dass man andererseits nicht immer den Schluss ziehen soll, wenn gewisse besondere nervöse Störungen durch die Application des Galvanokauters an der Zungenbasis gebessert werden, dass diese deshalb schon directe Folgen einer Erkrankung jener Stelle gewesen sind. Bei gewissen hochgradig nervösen Personen, kann eben der Effect einer derartigen Irritation oder der lebhafte psychische Eindruck einer gewichtigen und ziemlich eingreifenden Lokalbehandlung nicht ausgeschlossen werden.

LEFFERTS.

57) **R. Frothingham. Abscess der Zungentonsille. (Abscess of the lingual tonsil.)** *N. Y. Medical News. 21. Juli 1900. N. Y. Med. Record. 15. September 1900.*

Verf. stellt einen Patienten vor, der an einem Abscess unter der Zungentonsille auf der rechten Seite leidet. Die Symptome sind bei dieser Affection bisweilen alarmirend und nicht selten kommt man auf den Gedanken, angesichts der intensiven Athem- und Schluckbeschwerden, dass sich Larynxödem entwickeln könne. Die Diagnose beruht auf einer sorgfältigen Untersuchung mit dem Kehlkopfspiegel. Die Fossae vor der Epiglottis und zu einer oder beiden Seiten des Ligamentum epiglotticum sind infolge entzündlicher Schwellung verstrichen. Im Beginn fühlt sich die Infiltration hart an. Wenn sich nachher Fluctuation entwickelt, wird der Zustand des Patienten durch möglichst unverzügliche Incision sehr erleichtert. Selbst wenn kein Eiter zu Tage tritt, wirkt die Incision doch wohlthätig.

LEFFERTS.

58) **Parmentier. Schleimhautplaques der Zungenmandel. (Plaques muqueuses sur l'amygdale linguale.)** *Le Progrès Méd. Belge. No. 21. 1900.*

Mittheilung eines Falles von Plaques muqueuses, die sich auf der Zungenmandel localisirt hatten, 6 Monate nach einem Primäraffect im Sulc. balanopraeput. Die Zungenmandel war angeschwollen wie eine grosse Haselnuss und von einer Furche in 2 Theile getheilt und ihre Oberfläche mit einem diphtheroïden Belag von 7—8 mm Durchmesser bedeckt, welcher einer antisyphilitischen und localen Behandlung in kuzer Zeit wich.

BAYER.

59) **S. H. Morrison. Zungentonsillenscheere. (Lingual tonsil scissor.)** *N. Y. Medical Record. 21. Juli 1900.*

Das Instrument ist eigentlich eine Combination des Asch'schen Septumforceps und der gewöhnlichen gekrümmten Uvulascheere.

LEFFERTS.

60) **Parmentier. Die schwarze Zunge. (La langue noire.)** *La Progrès Méd. Belge. No. 24. 1900.*

Gelegentlich eines Falles von „schwarzer Zunge“, welchen P. bei einem

syphilitischen Raucher zu beobachten Gelegenheit hatte, giebt er eine Monographie dieser Affection, wie er sie bei den Autoren beschrieben findet.

BAYER.

61) **J. L. Goodale. Hyperkeratosis linguae (Haarzunge). (Hairy tongue.)** *N. Y. Medical Journal. 11. August 1900.*

Nach Verf.'s Ansicht besteht die Erkrankung histologisch in einer Vergrösserung der Papillen und Rundzelleninfiltration des Coriums, Reticulation des Protoplasmas, Degeneration der Kerne und excessiver Keratinbildung im Epithel: letzteres läuft an seiner Oberfläche in einen fadenförmigen Fortsatz aus, der eigenthümliche refractile pigmentirte Körner enthält, zu welchen ein charakteristisches Bakterium in directer Beziehung steht. Die Hypertrophie betrifft alle Schichten der Schleimhaut und bei grosser Ausdehnung erreicht sie die hinteren und die centralen Abschnitte der Zunge. Die Erkrankung scheint primär die Natur einer chronischen Entzündung zu haben mit secundärer Alteration der Epithelzellen.

LEFFERTS.

62) **J. Maraval. Schwarze Zunge. (Black tongue.)** *N. Y. Medical Record. 27. October 1900.*

Patient war ein 42jähriger Mann und starker Raucher. Seit 2 Monaten klagt er über pharyngeale Dysästhesie, gestörte Bewegungen der Zunge, Fremdkörpergefühl beim Schlucken und starke Salivation. Die Untersuchung ergab bräunlich-gelbliche Flecken in der Gegend der Papillae circumvallatae, die abgeschält werden konnten und unter dem Mikroskop aus dachziegelförmig um das Centrum gruppirten Epithelzellen gefügt zu sein schienen. Ihr Implantationsfeld wurde gründlich curettirt und mit einer 5 procentigen Chlorzinklösung behandelt. 6 Monate später hatte sich wieder dieselbe Erscheinung eingestellt. Der Patient hatte sich 4 Monate lang nach dem Curettement des Tabakgebrauches enthalten und war während der Zeit gesund geblieben, als er aber wieder zu rauchen anfing, trat die Ablagerung wieder von Neuem auf.

LEFFERTS.

63) **Henry L. Wagner. Cyste auf dem Zungenrücken. (Cyst on dorsum of tongue.)** *Laryngoscope. August 1900.*

74jähriger Mann klagt über starken Schmerz, angeblich durch eine Fischgräte verursacht, linkerseits auf dem Zungenrücken, ohne dass daselbst etwas zu sehen ist. Am folgenden Tage trat eine leichte Röthung auf. Eine Woche später hatte sich eine bläuliche Cyste gebildet, welche allmählich opalescent wurde und sich nun, nach 3 Wochen, 2 cm lang und 1 cm breit und in ihrem Centrum noch transparent präsentirt.

EMIL MAYER.

64) **Dauvergne** (Lyon). **Abtragung eines Carcinoms der Zunge, der Tonsillen und der Gaumenbögen. (Ablation d'un cancer de la base de la tongue, de l'amygdale, et du pilier du voile du palais.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 16. Mai 1900.*

Ausser dem Tumor bestand eine grosse Drüsenschwellung an der Carotis, aber der Allgemeinzustand war gut, und so entschloss man sich zur Operation.

Verticalincision am vorderen Rand des Sterno-cleido-mastoideus zur Entfernung der Drüse.

Vom vorderen Ende dieser Incision aus wird eine zweite 8 cm lange, parallel dem Unterkieferrand geführt.

Der aufsteigende Ast des letzteren, sowie ein Theil des horizontalen Astes wurden resecirt.

Es wurde nun die Hälfte der Zunge, des Gaumensegels, und der Mandel exstirpirt.

Einen Monat später verliess der Kranke das Hospital ohne irgend welche anderen Symptome, als eine leichte Erschwerung der Sprache. PAUL RAUGÉ.

65) **Goris. Fall von Pharyngectomia inferolateralis mit Abtragung einer Zungen- und Mundbodenhälfte auf submaxillarem Wege ohne den Unterkiefer zu reseciren. (Un cas de pharyngectomie inféro-latérale avec ablation de la moitié de la langue et de la moitié du plancher de la bouche par la voie sous-maxillaire et sans resection de la machoire.)** *Annales de la Soc. Belg. de Chir. No. 9. 1900.*

Vorstellung eines Kranken, welchem G. wegen eines ulcerösen Epithelioms die linke hintere Partie der Zunge bis in die Fossa glossoepiglottia, die seitliche Partie des Pharynx, die Mandel und die hinteren Gaumenbogen auf submaxillärem Wege ohne Resection des Unterkiefers entfernt hatte. BAYER.

66) **A. H. Meisenbach. Zungenkrebs; Totalexstirpation. (Carcinoma of tongue; total exstirpation.)** *Journal Americ. Med. Assoc. 12. Mai 1900.*

Von ausschliesslich chirurgischem Interesse. EMIL MAYER.

d. Diphtheritis und Croup.

67) **L. Cobbett. Diphtherie beim Pferde. (Diphtheria in the horse.)** *Lancet. 25. August 1900.*

Ein junges Mädchen erkrankte an Diphtherie. Ihr Pony hatte eitrigen Ausfluss aus der Nase, und in dem Ausfluss fand sich der kurze Diphtheriebacillus. ADOLPH BRONNER.

68) **Paul Viollet. Herpes zoster im Verlauf einer pseudo-membranösen Diphtherie der Nasenhöhlen. (Zona au cours d'une diphtherie pseudo-membraneuse des fosses nasales.)** *Gaz. des hôpit. 21. August 1900.*

Bei einem 3jährigen Mädchen, das an Diphtherie der Nase nach Scharlach litt, konstatirte Verf. das Auftreten eines Herpes zoster an der Hand. Die Rhinitis bestand wahrscheinlich schon seit mehreren Wochen, als die Mutter des Kindes auf kleine Bläschen aufmerksam wurde, die man zuerst für Verbrennungen hielt. Am dritten Tag fand man auf dem Rücken der rechten Hand nahe am ulnaren Rande einen umfangreichen Fleck von Bläschen von mehr als 2 qcm. Weitere Flecken und Bläschen bestehen im ganzen Endgebiet des N. ulnaris.

Die Untersuchung ergiebt eine Rhinitis pseudo-membranosa mit Diphtheriebacillen. Man machte eine Seruminjection. Allmählich verschwanden die Membranen, die Herpesbläschen ebenfalls und das Kind verliess das Spital geheilt. A. CARTAZ

69) **Lauwers** (Courtrai). **Ueber den Werth von Präventivinjectionen mit Antistreptokokken-Serum bei Operationen der Mundhöhle. (De la valeur des injections préventives de serum antistreptococcique dans les opérations, qui portent sur la cavité buccale.)** *Annales de la Soc. Belge de Chir. No. 6. 1900.*

Mittheilung von 10 Fällen, in welchen der Autor mit ausgezeichnetem Erfolge Injectionen mit dem Denis'schen Antistreptokokkenserum vor Operationen in der Mundhöhle vorgenommen hatte.

BAYER.

70) **Ransom. Diphtherische Lähmungen und Antitoxin. (Diphtheritic paralysis and antitoxin.)** *Journal Amer. Med. Assoc. 11. August 1900.*

R. ist der Ansicht, dass schwere Fälle leicht Lähmungen zur Folge haben, trotz noch so grosser Antitoxininjectionen. Auf alle Fälle ist es durchaus unwahrscheinlich, dass Antitoxin in irgend einer Weise die Entstehung von Lähmungen begünstigt; im Gegentheil hat es eher eine präventive Wirksamkeit dagegen bewiesen. Es muss daran erinnert werden, dass das Antitoxin einen tödtlichen Ausgang in vielen Fällen, die sonst letal verlaufen würden, verhütet, und dass nun bei dieser Categorie die Lähmungen mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auftreten werden. Bei solchen sehen wir denn seit der Einführung des Antitoxins häufiger die Lähmungen, eben aus dem Grunde, dass mehr Fälle trotz ihrer Diphtherie am Leben bleiben.

EMIL MAYER.

71) **W. H. Park. Diphtherie-Antitoxin. (Diphtheria antitoxin.)** *N. Y. Medical News. 14. April 1900.*

Durch zwei unfreiwillige Laboratoriumsexperimente an dem Gesundheitsamt von New-York trat bei 2 Personen infolge versehentlichen Ansaugens virulenter Diphtherie-Bouillonculturen in den Mund schwere Diphtherie auf. Trotz der Thatsache, dass in einem Dritttheil solcher Vorkommnisse Diphtherie nicht eintritt, scheint hier der Diphtheriebacillus doch Ursache der Erkrankung gewesen zu sein. Es sind das zweifellos Krankheitszustände, die der Diphtherie sehr ähnlich sehen, aber sie besitzen nicht alle Charakteristika der Diphtherie und können deshalb von dieser Krankheit klinisch unterschieden werden. Wie Pneumoniefälle ebensogut auf den Pneumococcus wie auf den Influenzabacillus zurückzuführen sind, können Membranbildungen im Halse durch verschiedene Microben hervorgerufen werden. Diphtherie-Antitoxin neutralisirt Diphtherietoxin sogar ausserhalb der Körpers. Eine Mischung von beiden kann Thieren ohne jede Gefahr injicirt werden, daher die Vorschrift, Diphtherieantitoxin sobald wie möglich zu injiciren, um zu verhindern, das die Diphtherietoxine vor ihrer Neutralisation ernsthafte Schädigungen verursachen. Uebrigens werden secundäre Affectionen durch das Diphtherieantitoxin nicht beeinflusst. Daher soll das Mittel zeitig angewandt werden, bevor noch eine secundäre Infection eingetreten ist, zu welcher die Diphtherie so gerne praedisponirt. Dass der Glaube an das Diphtherieantitoxin nicht nur eine „fixe Idee" ist, kann daraus gefolgert werden, dass seine Fürsprecher, so sehr Vertrauen sie auch zu dem Diphtherieantitoxin haben, doch den Werth der anderen antitoxischen Sera nicht sehr hoch in der menschlichen Therapie anschlagen.

LEFFTRES.

72) **Wm. Shirmer Barker. Bericht über die Anwendung des in der City of St. Louis dargestellten Diphtherie-Antitoxins. (Report on the use of diphtheria antitoxin prepared by the city of St. Louis.)** *St. Louis Courier of Medicine. Juni 1900.*

81 Diphtheriefälle wurden mit dem erwähnten Antitoxin behandelt und in jedem Falle Heilung erzielt, in dem das Mittel einigermaassen prompt angewandt worden war. 4 Todesfälle waren zu verzeichnen; bei diesen aber war das Mittel sehr spät angewandt worden. Die Fälle waren beinah ohne Ausnahme durch die bakteriologische Untersuchung bestätigt. EMIL MAYER.

73) **Louis Cobbett. Hat das Antitoxin die Diphtheriemortalität in unseren grossen Städten verringert? (Has antitoxine reduced the death rate from diphtheria in our large towns?)** *N. Y. Med. Record. 23. Juni 1900. N. Y. Med. Journal. 4. August 1900.*

Verf. vergleicht die Jahresstatistiken über die Mortalität bei Diphtherie und membranösem Croup hinsichtlich der Verbreitung der Krankheit, der Zahl der tödtlich verlaufenden Fälle und des Verhältnisses der Todesfälle zu den Erkrankungen von 11 Städten: London, Paris, Berlin, Edinburgh, Glasgow, Liverpool, Manchester, Birmingham, Leeds, Bristol, Newcastle, und zwar während der beiden Perioden vor der Antitoxinbehandlung bis 1895 und während der Antitoxinbehandlung von 1895 ab. Verf. zeigt, dass von der Zeit an zwar die epidemische Diphtherie ununterbrochen weiterherrscht und in einigen Städten sogar zugenommen hat; er kann aber in den meisten Städten nachweisen, dass sowohl die Ziffer der Diphtherietodesfälle überhaupt, sowie der Procentsatz der Todesfälle gegenüber den Erkrankungen merklich seit 1894 abgesunken ist. LEFFERTS.

74) **Wm. J. Hake. Eine interessante Erfahrung bei dem Gebrauch des Antidiphtherieserums. (An interesting experience in the use of antidiphtheric serum.)** *Medical Progress. Juli 1900.*

Der erste Fall verlief tödtlich, ein weiteres Mitglied derselben Familie, das immunisirt worden war, erkrankte nicht, während ein anderer nicht vorbehandelter erkrankte und genas.

Der zweite Fall heilte und 4 andere Kinder, die immunisirt worden waren, erkrankten nicht. Das Alter der Kinder schwankte zwischen 16 Monaten und 14 Jahren. Nacht für Nacht nacheinander wurde eins von den immunisirten Kindern mit dem erkrankten Kinde in dasselbe Bett gelegt, ohne dass irgend ein Krankheitszeichen sich bemerkbar machte. (! Ref.)

In einem dritten Falle, wo eine Frau erkrankt war, wurden 2500 Einheiten injicirt, wonach eine schwere Cyanose auftrat. Die Beschwerden liessen nach und es stellte sich völlige Heilung ein. EMIL MAYER.

75) **Adele Weissenberger** (Basel). **Diphtherieserumtherapie und Intubation im Kinderspital in Basel.** *Jahrb. f. Kinderheilk. 52. Bd. 2. u. 3. H. 1900.*

In Basel erscheint der günstige Einfluss der Serumbehandlung wie fast in allen Diphtheriespitälern in Gestalt einer Herabsetzung der Mortalität von 39,5 pCt.

auf 14,5 pCt. Auch die Erfolge der Intubation besserten sich derart, dass dieselbe neben der Tracheotomie bei Weitem die erste Stelle einnimmt. SEIFERT.

76) **John Rogers jr. Postdiphtherische Stenose des Larynx. Zurückgehaltene Intubationsinstrumente und Trachealcanülen. (Postdiphtheric stenosis of the larynx. Retained intubation instruments and retained tracheal canulae.)** *Medical News. Medical Record. 19. Mai 1900. Annals of Surg. Mai 1900.*

Die gewöhnliche Ursache für eine postdiphtherische Stenose, die eine lang dauernde Intubation verlangt, ist eine Hypertrophie des subglottischen Gewebes mit gleichzeitiger chronischer Entzündung. Die Intubation ist keineswegs die Ursache davon, da sie auch unabhängig von der Operation vorkommt. Weniger häufig tritt Ulceration und grössere oder geringere secundäre Narbenbildung und Retraction derselben auf. Wenn dies auch selten nach Intubation vorkommt, so kann doch die Tracheotomie nöthig werden. Granulationen im Larynx kommen offenbar bei der Intubation nicht vor.

Die Hartgummitube ist ideal, und zwar sollte die grösstmöglichste eingeführt werden. Verf. wendet bei der Einführung die Narkose an. EMIL MAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

77) **Most** (Breslau). **Ueber den Lymphgefässapparat von Kehlkopf und Trachea und seine Beziehungen zur Verbreitung krankhafter Processe.** *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. 57. Bd. 1900.*

Auf Grund von Injections- und pathologischen Präparaten kommt Most zu dem Resultate, dass die Kehlkopfschleimhaut einen mittleren Reichthum zarter Lymphgefässe besitzt, welche in ein über den wahren Stimmbändern und in ein unter denselben befindliches Gebiet sich theilen, und dass die Verbindung beider an der hinteren Kehlkopfwand stattfindet. Die oberen Lymphgefässe haben ihre Beziehung zu den tiefen cervicalen Lymphgefässen, die unteren zu einer oder zwei prälaryngealen, resp. zu peritrachealen Drüsen. Kehlkopfkrebsmetastasen treten meist in den tiefen cervicalen Lymphdrüsen, mitunter auch in den prälaryngealen und peritrachealen Lymphdrüsen auf. SEIFERT.

78) **John J. Thomas. Ein Fall von acuter catarrhalischer Laryngitis bei einem 4wöchentlichen Kinde, mit schweren und langdauernden Larynxspasmen. (A case of acute catarrhal laryngitis in a child 4 weeks old, accompagnied by severe and prolonged spasms of the larynx.)** *Cleveland Journal of Medicine. November 1900.*

Verf. beschreibt den ungewöhnlich schweren Zustand. Die Paroxysmen bestanden in heftigen Hustenanfällen, die hintereinander ohne zwischenliegende Inspiration eintraten und mit einer kurzen Ruhepause endigten; während dieser bestand eine extreme Cyanose, dann trat eine tiefe Inspiration ein, die Cyanose verschwand, der Puls und der ganze Zustand besserte sich, bis wieder der nächste Spasmus auftrat. Das war das Wesentliche im Charakter der Anfälle, die nur von

Zeit zu Zeit bezüglich der Dauer und der Intensität wechselten. Die Zwischenräume zwischen den Anfällen sind variabel, dauern zuweilen nur 10 Minuten, zuweilen einige Stunden. Nach etwa 14 Tagen hatten die Anfälle aufgehört, und zwar nach Verf.'s Ansicht infolge der Anwendung von Asa foetida und Ammon. carbon. — Verf. hält seine eigene Diagnose der katarrhalischen Laryngitis für unsicher, indem er sagt, dass die schweren Spasmen zweifellos zum grössten Theil auf nervösem Ursprung beruhten, weil die Congestions- und Enzündungssymptome des Larynx sehr leichter Art waren. Heredität spielte dabei wohl eine grosse Rolle.

EMIL MAYER.

79) **E. B. Gleason. Acute Laryngitis. (Acute laryngitis.)** *International Med. Magazine. October 1900.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

80) **George M. Lefferts. Acute Laryngitis. (Acute laryngitis.)** *N. Y. Medical News. 29. December 1900.*

Zu Beginn der Erkrankung applicire man Eisbeutel oder Leiter'sche Kühlröhren am Halse und gebe Eisstückchen zum Schlucken. Wenn das nicht hilft, gebe man heisse lindernde Getränke, warme Milch mit Selters und häufige Dampfinhalationen mit Tinct. benzoic. comp. oder paregoric. 4,0 : 500,0 Wasser. Wenn die Entzündung nachlässt, insufflire man mit gleichen Theilen Amylum und Tannin oder Alaun oder wende den Zinksulfatspray (1,0 : 30,0) an, oder Eisenchloridtinctur 2,0 : 30,0. Damit hat man wenigstens 2 Wochen fortzufahren. Den Nasopharynx halte man durch sedative und adstringirende Sprays rein, gebe innerlich Aconit und comprimirte Tabletten von Ammoniumchlorid, Kaliumchlorat, Cubeben etc. Beim Aussetzen kann ein Laxans und ein Expectorans gegeben werden und Aconit, Belladonna oder Codein. Wenn Oedem auftritt, ist entweder Scarification, Intubation oder die Tracheotomie nothwendig.

LEFFERTS.

81) **C. Gibbs. Epidemische Laryngitis und Tracheitis unter den Truppen bei der Ueberfahrt nach Südafrika. (Epidemic laryngitis and tracheitis among troops on the voyage to South Africa.)** *British Med. Journ. 28. April 1900.*

Auf dem Dampfer befanden sich über 1000 Mann Soldaten. 20 Mann erkrankten. Die Zahl der Fälle nahm zu in dem Maasse, als das Schiff sich der „Linie" näherte. Die Erkrankung brach plötzlich aus mit Fieber, Schmerzen beim Schlucken, heftigem Husten. Objectiv war wenig nachweisbar. Die Affection dauerte etwa 10 Tage.

ADOLPH BRONNER.

82) **Lombard u. Caboche. Primäre phlegmonöse Laryngitis. (Laryngite phlegmoneuse primitive.)** *Bull. Soc. anat. Paris. April 1900.*

Verff. berichten von einem 65jähr. Mann, der wegen ausgesprochener, seit 48 Stunden bestehender Schling- und Respirationsstörungen ins Spital kommt. In der Mundhöhle nichts zu finden. Bei der Kehlkopfspiegeluntersuchung: Oedem der Epiglottis, der Taschenbänder und der ary-epiglottischen Falten; Localsymptome einer phlegmonösen Laryngitis. Plötzlicher Tod beim Auswerfen von Eitermassen.

A. CARTAZ.

83) **Ch. Heurtebise. Ueber die Laryngitis sicca chronica ozaenosa. (De la laryngits sèche chronique ozèneuse.)** *Thèse de Paris. December 1900.*

Verf. beschreibt diese Varietät der trockenen Laryngitis, die er Laryngitis ozaenosa nennt und die man als Complication der Ozaena beobachtet: Sie ist charakterisirt durch die Krustenanpflanzungen in Larynx und Trachea, die denen in der Nase analog sind. Verf. macht besonders auf die Haemoptysen aufmerksam, die man zuweilen beobachten kann und die sogar den Verdacht auf Phthise erwecken können.

A. CARTAZ.

84) **Petersen** (Greifswald). **Ueber chronisch-submucöse Laryngitis.** Dissertat. Greifswald. 1900.

Der erste Fall betraf einen 30jährigen Tagelöhner von der Insel Rügen, bei welchem Taschenbänder und hintere Larynxwand mit dem angrenzenden Theil der aryepiglottischen Falten hochgradig geschwollen und verdickt erschienen, während Nase, Nasenrachenraum und Rachen normale Verhältnisse aufwiesen. Tracheotomie und Excision der hypertrophischen Schleimhaut, in welcher specifische Organismen nicht gefunden wurden. Nachbehandlung mit Schrötter'schen Bougies.

Im zweiten Falle handelte es sich um einen 62jährigen Mann aus Stralsund, bei welchem der Befund nahezu der gleiche war. Behandlung wie in dem ersten Falle, aber ohne Tracheotomie; auch hier fanden sich keine Atherombacillen, ebenso wurden wie in dem ersten Falle Mikulicz'sche Körperchen vermisst.

P. ist geneigt, in beiden Fällen die chronisch-submucöse Laryngitis für einen Folgezustand des chronischen Katarrhs und nicht für Sklerom zu halten.

SEIFERT.

85) **Richmond Mac Kinney. Kehlkopfsyphilis. (Syphilis of the larynx.)** *Memphis Medical Monthly. November 1900.*

In einem interessanten Artikel über diesen Gegenstand betont Verf., ohne Anspruch darauf zu erheben, irgend etwas Neues zu bringen, dass die frühzeitige Diagnose so wichtig ist, dass ein häufiges Zurückgreifen auf das Thema verzeihlich erscheint.

EMIL MAYER.

86) **M. G. de la Combe. Syphilis und Papillom des Larynx. (Syphilis and papilloma of the larynx.)** *N. Y. Medical Journal. 17. November 1900.*

Unter Bezugnahme auf einen Fall dieser Art, der erfolgreich operirt worden ist, lenkt Verf. die Aufmerksamkeit auf das schnelle Auftreten von Respirations- und Phonationsstörungen beim Auftreten der Syphilis. Der papillomatöse Tumor war so gross, dass er auf endolaryngealem Wege nicht entfernt werden konnte; er wurde aber erfolgreich beseitigt nach der Thyreotomie zu einer Zeit, wo Pat. schon fast erstickt war.

LEFFERTS.

87) **E. T. Quinlan. Ausgedehntes unilaterales Oedem des Arytaenoidknorpels auf der rechten Larynxseite, mit starker Schwellung auf derselben Seite. (Extensive unilateral edema of the arytenoid-cartilage on the right half of larynx, with much tumefaction of the same side.)** *Laryngoscope. Juli 1900.*

Es besteht der Verdacht tuberculöser Erkrankung, trotzdem die Untersuchung

des Secretes ein absolut negatives Resultat ergab. Der Pat. litt im vergangenen Jahr bereits an Dysphagie und etwas Dysphonie. Verf. hielt den Fall für eine Mischerkrankung tuberculöser und maligner Natur.

EMIL MAYER.

88) **Leduc. Tuberculöse Laryngitis. (Tuberculous laryngitis.)** *N. Y. Medical Record. 18. August 1900.*

Im letzten Stadium wird die Erkrankung am besten durch Insufflation behandelt, indem sich der Patient selbst zu diesem Zweck einer gebogenen Glasröhre bedient.

Rp. Jodoformii 8,0
Cocaini hydrochl. 0,08
Morphin. hydrochl. 0,04.

Der Schmerz wird wesentlich erleichtert, und die Stimme kann sich wieder einfinden.

LEFFERTS.

89) **Bommier. Die Larynxtuberculose. (La tuberculose laryngée.)** *Nord méd. 1. September 1900.*

Klinische Betrachtung über die hauptsächlichsten Varietäten der Larynxtuberculose und die zweckmässigsten allgemeinen therapeutischen Maassnahmen.

A. CARTAZ.

90) **Jonathan Wright. Die Diagnose und Behandlung der Larynxtuberculose. (The diagnosis and treatment of laryngeal tuberculosis.)** *N. Y. Med. Record. 27. October 1900.*

Bezüglich der Larynxtuberculose ist Verf. der Ansicht, dass die Laryngoskopie allein, ohne Berücksichtigung der andern Symptome, für die Diagnose nicht genügt. Larynxsyphilis und Larynxtuberculose werden leicht verwechselt und die übelste Folge des Irrthums ist, dass Larynxsyphilis, so leicht sie bei zweckmässiger Behandlung heilt, fast ebenso verhängnissvoll als Larynxtuberculose wird, wenn sie als solche behandelt wird. Larynxtuberculose geht gewöhnlich nicht mit gefährlicher Dyspnoe einher, während syphilitische Laryngitis im Allgemeinen mit Kurzathmigkeit vergesellschaftet ist. Wo die Larynxsymptome deutlich für laryngeale Tuberculose sprechen, ist der tuberculöse Process in den Lungen auch gewöhnlich weit genug entwickelt, um die Diagnose leicht zu machen. Wenn die Sputumuntersuchung in einem zweifelhaften Fall Tuberkelbacillen vermissen lässt, sollte der Patient einer antisyphilitischen Behandlung unterworfen werden. Verf. ist der Ansicht, dass sowohl bei Larynx-, als bei Lungentuberculose die klimatische Behandlung der wichtigste Factor im Heilplan ist; doch soll man immer daran denken, dass in einer grossen Zahl von Fällen der Kranke so unrettbar verloren ist, dass es grausam wäre, ihn noch von Hause weg zu schicken. Nach einem erschöpfenden Studium der Statistik und auf Grund eigener ausgedehnter klinischer Erfahrung, kommt Verf. zu dem Schluss, dass eine dauernde radicale Heilung der localen Erkrankung durch keine chirurgische Behandlungsmethode erzielt wird. Palliativbehandlung ist etwas ganz anderes. Es ist Thatsache, dass die Milchsäure und vermuthlich noch einige andere Mittel torpide Granulationen in einen besseren Zustand versetzen können und eine Abnahme der entzündlichen

Schwellung verursachen, vielleicht sogar gelegentlich Vernarbung und temporäre Heilung herbeiführen. Die locale Application von Jodoform und speciell von Orthoform in der eleganten Vorschrift von Freudenthal erleichtert den Schmerz, aber wahrscheinlich auch nichts weiter. Der interne Gebrauch von Opiaten ist oft indicirt und gerechtfertigt. Reinigungssprays bringen temporäre Erleichterung und verursachen einen günstigen psychischen Eindruck. Die submucöse Injection von Creosot und Milchsäure verträgt sich nicht recht mit der Erkenntniss vom Wesen des Krankheitsprocesses.

LEFFERTS.

91) **M. A. Goldstein. Primäre Tuberculose des Larynx. (Primary tuberculosis of the larynx.)** *Laryngoscope. Juli 1900.*

Der Fall ist bemerkenswerth nicht nur wegen der Seltenheit des Vorkommens von primärer Tuberculose des Larynx, die ohne andere tuberculöse Erkrankung während 4 Jahren bestand, sondern auch wegen der schwierigen Diagnose.

EMIL MAYER.

92) **S. Bernheim. Primäre Larynxtuberculose. (Primary laryngeal tuberculosis.)** *N. Y. Medical News. 22. December 1900.*

Chirurgische Intervention ist indicirt, wenn die Affection circumscript ist und die Exstirpation bei Zeiten und gründlich ausgeführt werden kann. Doch ist gewöhnlich der Erkrankungsherd zu tief und bereits zu sehr ausgebreitet, wenn er entdeckt wird, und man muss zu innerer Behandlung seine Zuflucht nehmen. Im Stadium der Infiltration ist die Anwendung von Carbol oder Milchsäure vorzuziehen und die Inhalation von 400 g kochendem Wasser, das 8—15 Tropfen folgender Mischung enthält: Balsam. peruv. 10,5, Alcohol 6,0. Im Ulcerationsstadium können Insufflationen von Morphium und Jodoform, sowie Jodoformglycerin angewandt werden. Am besten ist der Carbolspray und folgende Lösung kann dazu als Sprayflüssigkeit 4mal täglich benutzt werden:

Rp. Acidi carbolic. 0,3—0,6
Aqua laurocerasi 20,0
Kalii bromat. 30,0
Glycerin. 30,0
Aqua destill. 300,0.

Aber keine Behandlung wird anschlagen, wenn nicht gleichzeitig Mittel ergriffen werden, um die individuelle Widerstandskraft zu erhöhen durch Ernährung, frische Luft und gutes Klima.

LEFFERTS.

93) **Jouane. Neoplastische Formen der Larynxtuberculose. (Des formes néoplastiques de la tuberculose laryngée.)** *Thèse de Toulouse. 1900.*

Verf. beschäftigt sich in dieser Arbeit ausschliesslich mit der wuchernden Form der Larynxtuberculose, die er in den meisten Fällen für primär hält und die bei Personen auftritt, welche sonst frei von Tuberculose scheinen. Er theilt diese Formen der Tuberculose in 4 Klassen ein: 1. noduläre, 2. sklerotische oder pachydermische, 3. pseudopapillomatöse, 4. pseudopolypöse. Verf. beschäftigt sich dann mit der Symptomatologie dieser Erkrankung und betont ihre Symptomenlosigkeit während einer langen Periode, ihren schleichenden Anfang, das späte Auftreten

von Dysphagie und das frühe Erscheinen der Anfälle von Larynxobstruction. Er hebt ferner die Schwierigkeit der Diagnose in gewissen Fällen hervor, und befürwortet chirurgische Behandlung (endolaryngeale Entfernung oder Thyrotomie).

A. CARTAZ.

94) **S. von Stein. Phenosalyl bei Larynxtuberculose. (Phenosalyl in laryngeal tuberculosis.)** *N. Y. Medical Journal. 24. November 1900.*

Phenosalyl setzt sich zusammen aus: 9 Theilen Acid. carbol., 1 Theil Salicylsäure, 2 Theilen Milchsäure und $^1/_{10}$ Theil Menthol. In baktericider Hinsicht steht es dem Sublimat an Wirksamkeit am nächsten. Verf. gebrauchte es in 16 Fällen von Larynxtuberculose, indem er allemal zuerst ein locales Anästheticum vorher anwandte. Die Dysphagie wurde bald gebessert, trockne tuberculöse Ulcerationen ohne Oedem und Infiltration reinigten sich nach kurzer Behandlung und der Larynx nahm eine rosarothe Färbung an. Begrenzte oder diffuse Infiltrationen ohne Ulceration wurden kleiner und die Epiglottis contrahirte sich und wurde wieder beweglich. Wenn Ulceration mit Infiltration einherging war die Besserung noch schneller. Die Stimme besserte sich bei allen Patienten, ebenso die Dyspnoe und der Auswurf. Die Bacillen wurden in allen Fällen vermindert, ausser wenn die Lungen mitbetheiligt waren. Verf. betrachtet diese Behandlungsmethode als positiv heilend. Er hatte ebenfalls ausgezeichnete Resultate damit bei chronischer und atrophischer Rhinitis, Pharyngitis, Angina und Otitis media purulenta.

LEFFERTS.

95) **Robert W. Cohen. Ueber die Behandlung der Larynxtuberculose. (On the treatment of laryngeal tuberculosis.)** *N. Y. Medical Record. 22. December 1900.*

Verf. theilt die Larynxtuberculose im Hinblick auf ihre Therapie in 3 Stadien ein. Im ersten Stadium ist der Larynx, abgesehen von einer circumscripten Infiltration oder Ulceration sonst gesund. In diesem Stadium, dem einzigen, in dem wir eine dauernde Heilung erhoffen können, besteht die Behandlung in Curettement bei bestehender Infiltration, in Cauterisation mit Milchsäure bei vorhandener Ulceration. Wenn der allgemeine Gesundheitszustand, im Besonderen der der Lungen gut ist, sind diese Proceduren geboten. Sie müssen in Intervallen von 1 bis 3 Wochen wiederholt werden, bis das erkrankte Gewebe völlig beseitigt ist.

Im zweiten Stadium zeigt der Larynx ausgedehnte Infiltrationen oder Ulcerationen. Hier können wir keine Hoffnung mehr haben, das kranke Gewebe zu entfernen: mit andern Worten, wenn einmal ein Fall in dieses Stadium getreten ist, können wir nicht mehr auf Heilung rechnen. Hier kommt die antiseptische Behandlung in Betracht und wir müssen secundäre Infection zu verhüten suchen. Die mildeste Form ist die Inhalation von Antisepticis, 1—3 proc. Carbolsäurelösung, 2—4 proc. Borsäurelösung oder 1—2 proc. Lysollösung. Wenn die Epiglottis eine Inspection des Larynxinnern erlaubt, ist Betupfen mit Antisepticis noch viel wirksamer, zu welchem Zweck eine 10 proc. Carbolsäurelösung in Glycerin empfohlen werden kann. Noch beliebter ist eine 10—30 proc. Lösung von Menthol in Olivenöl, welche antiseptisch und schmerzstillend wirkt. Wie gesagt,

verhüten wir durch diese antiseptische Behandlung die Secundärinfection und somit die schreckliche Dyspnoe und Dysphagie des letzten Stadiums.

Und wenn wir endlich dieses letzte jammervolle Stadium vor uns haben, so steht es nur in unserer Macht, dasselbe symptomatisch zu behandeln, Morphiumpulver vor jeder Mahlzeit zu geben oder besser noch 10—20proc. Cocainlösung im Pharynx zu appliciren. Bei drohender Erstickung muss die Tracheotomie ausgeführt werden.

LEFFERTS.

96) Guyot. **Tracheo-bronchitische Adenopathie mit bruskem Durchbruch einer verkästen Drüse in die Bronchien. Tracheotomie, Tod, Autopsie. (Adénopathie trachéo-bronchique avec irruption brusque du contenu d'un ganglion caséaux dans les bronches. Trachéotomie, mort, nécropsie.)** *Journal de médecine de Bordeaux. Februar 1900.*

Es handelt sich um ein Kind, das plötzlich von schweren asphyktischen Zuständen befallen wird, und trotz Tracheotomie stirbt; die Operation hatte gar keine Erleichterung gebracht.

Bei der Autopsie constatirte man an der vorderen oberen Partie des rechten Bronchus eine breite Oeffnung, die mit einer Höhlung communicirte, welche von verkästen Drüsen gebildet wurde, deren Inhalt die Trachea in der Höhe der Bifurcation verlegte.

Der Tod war also durch den Einbruch der obstruirenden verkästen Massen in den Bronchus verursacht, ohne dass irgend etwas in der Vorgeschichte des Kindes einen derartigen Zufall vorherahnen liess.

E. J. MOURE.

97) F. S. Mathews. **2 Fälle von Perforation tuberculöser Bronchialdrüsen in die Trachea. (Two cases of perforation of tuberculous bronchial lymph nodes into the trachea.)** *N. Y. Med. Record. 14. April 1900.*

Es handelt sich um ein Kind von 4 Jahren, welches seit einigen Monaten wegen tuberkulöser Erkrankung des Knies in Behandlung war. Das Kind fing, während es scheinbar in seinem gewöhnlichen Gesundheitszustand sich befand, plötzlich an zu husten an und erstickte in kurzer Zeit. Bei der Autopsie, die am nächsten Tag vorgenommen wurde, fand sich an der rechten Seite eine Oeffnung, aus der Eiter abfloss. Sie communicirte mit einer Abscesshöhle. Die Trachea und der rechte Bronchus enthielten beträchtliche Eitermengen. Tuberkelbacillen wurden sowohl in dem Eiter, wie in den Mediastinaldrüsen gefunden. Andere Anzeichen von Tuberkulose wurden weder in der Thorax-, noch in der Abdominalhöhle gefunden.

In einem zweiten Fall wurde ein Kind wegen bedrohlicher Dyspnoe und Cyanose ins Spital aufgenommen. Die Exspiration war weit mehr erschwert, als die Inspiration. Das Kind wurde zwar noch intubirt, aber ohne die geringste Erleichterung und starb einige Minuten später. Bei der Eröffnung des Thorax wurde die linke Lunge übermässig gebläht gefunden und im Zustand acutesten Emphysems. Beim Schnitt durch den linken Hauptbronchus drang ein grosser Schleimpfropf mit Gewalt hervor und die Lungen collabirten augenblicklich. In der Trachea, dicht beim Abgang der linken Hauptbronchus communicirte eine ovale Oeffnung

mit einer Höhle, welche durch den Durchbruch einer grossen tuberkulösen Drüse geschaffen war. Der zum rechten Unterlappen führende Bronchus endete in tuberculös verdichteten Partien. Die Ueberdehnung der linken Lunge rührte offenbar von einer ventilartigen Action des inspirirten Schleimpfropfes her. Die Exspirationskraft war nicht stark genug, um die bei jeder Inspiration aufgenommene Luft wieder auszutreiben.

LEFFERTS.

98) **Caillé. Plötzlicher Tod durch Perforation der Trachea und Bersten einer verkästen Drüse. (Sudden death from perforation of trachea and bursting of a caseous gland.)** *N. Y. Medical Record. 19. Mai 1900.*

Ein 4jähriges Mädchen wurde mit der Diagnose Bronchitis in das Hospital geschickt. Sie lief lebensfrisch und munter umher, als sie plötzlich von einem Schmerz im Halse befallen wurde und bald bewusstlos umfiel. Eine weite O'Dwyer'sche Tube wurde eingeführt und die Trachea auf diese Weise durchgängig gemacht, aber ohne Erfolg. Nach dem Tode, der bald eintrat, fand sich ein wallnussgrosser kalter Abscess an der Bifurcation der Trachea; beide Bronchien waren mit seinem Inhalt erfüllt. Zwei ähnliche Fälle wurden in der New-York Pathological Society berichtet. Die Patienten waren schmerz- und fieberfrei und zeigten nur einige Rhonchi über dem Stermum.

LEFFERTS.

99) **Arthur S. Davies. Die Behandlung chronischer Bronchitis mit dem Ipecacuanha-Spray. (The treatment of chronic bronchitis by means of the Ipecacuanha spray.)** *Laryngoscope. 1. Februar 1900.*

Der Verf. erhebt nicht den Anspruch eine neue Behandlungsmethode der chronischen Bronchitis begründet zu haben. Er weist die Autorschaft dieser Methode Ringer und Murrell zu, und ist auf dieselbe vor einigen Jahren aufmerksam geworden durch eine Arbeit „Der Werth des Ipecacuanha-Sprays beim Winterhusten und bronchitischen Asthma.“ Die Behandlungsmethode besteht in Besprayung der Luftwege mit Ipecacuanhawein, pur oder mit 3 Volumina Wasser verdünnt, mittelst des Handballsprays oder des Dampfzerstäubers von Siegle und Richardson. Der Patient muss dabei tief athmen und die Nase mit den Fingern zuhalten. In einer Einzelsitzung werden 4—15 g zerstäubt und der Patient darf dabei das, was sich im Munde ansammelt, nicht herunterschlucken.

Verf. berichtet von einigen derart behandelten Fällen, und ist dermassen davon befriedigt, dass er die günstigen Erwartungen der Erfinder keineswegs für übertrieben hält.

Der Vortheil der Methode ist nach D., dass ohne innere Verabreichung von Medikamenten die Dyspnoe und Engigkeit auf der Brust sehr schnell erleichtert, die Secretion gelöst und die Expectoration gefördert, der Schlaf begünstigt und die Krankheitsdauer abgekürzt wird. Die Menge und Stärke des Sprays verlangt sorgfältige Regulirung, da er manchmal anfänglich nicht gut ertragen wird und Erbrechen und schwere anfallsweise Dyspnoe verursacht. Patienten mit stark gewölbter Zunge haben manchmal nicht viel Nutzen davon. Die Behandlung ist bei echtem Asthma nicht anzuwenden, die Ipecacuanha scheint vielmehr diese Krankheit zu verschlimmern. Sie ist besonders zu empfehlen in Fällen von alljährlich

wiederkehrender Bronchitis, quälender Dyspnoe, Orthopnoe, heftigem, anfallsweisem Husten, erschwerter Expectoration und Schlaflosigkeit. EMIL MAYER.

f. Schilddrüse.

100) **D. Braden Kyle. Thyreoiditis simplex acuta mit Bericht über zwei Fälle. (Simple acute thyroiditis with report of two cases.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Mai 1900.*

In den beiden mitgetheilten Fällen war eine deutliche Veränderung des Blutes bestehend in Zunahme des Fibrins und verminderter Function der rothen Blutkörperchen bemerkbar, die einen Mangel an Oxyhämoglobin verursachte. Die Thatsache, dass die Drüse enge Beziehungen zum Stoffwechsel hat, kann die schnelle Temperatursteigerung und die abnorme Fibrinbildung des Blutes erklären. Es kann eine acute Thyreoiditis bei einer bereits vorhandenen Struma vorkommen. Die acute Thyreoiditis kommt selten im Mittellappen vor und kann in Eiterung ausgehen. Wegen der Aehnlichkeit der Temperaturkurven kann sie fälschlich für Typhus gehalten werden.

In beiden Fällen hatte die Erkrankung 24jährige junge Männer befallen und mit den Local- und Allgemeinsymptomen ging eine ziemlich beträchtliche nicht nur cyanotische, sondern auch entzündliche intralaryngeale Congestion einher, die sich auf den Kehlkopf und das umgebende Gewebe erstreckt. EMIL MAYER.

101) **Charon. Kropf bei einem 7jährigen Mädchen. Thyroidectomie. Heilung. (Goitre observé chez une petite fille âgée de 7 ans; thyroidectomie; guérison.)** *Annales de la Soc. Belge de Chir. No. 4. 1900.*

Hühnereigrosse Geschwulst, welche vor 2 Jahren begonnen am untern Rand des Ringknorpels, die ganze rechte Seite des Halses einnehmend. Exstirpation. Die mikroskopische Untersuchung ergab interstitielle Struma. BAYER.

102) **Roberts Bartholow. Die Basedow'sche Krankheit, ihre Complicationen und verwandten Krankheitsformen. (Exophthalmic goiter; its complications and affinities.)** *Philadelphia Medial Journal. 28. April 1900.*

Diese Krankheit scheint ihrem Vorkommen nach häufiger zu werden und sich in ihren Beziehungen zu verwandten Zuständen immer mehr zu compliciren. Verf. hat zur Illustration dessen einige Beispiele gesammelt: Fall 1 repräsentirt die typische Form mit den 4 Cardinalsymptomen und ist ein Beispiel der Fälle, wie sie von der Pubertätszeit und dem mittleren Alter an bis zum Klimakterium vorkommen. Fall 2 gehört zu der Form, welche um die Zeit des Klimakteriums oder nach demselben auftritt und welche ausser den 4 Cardinalsymptomen gleichzeitig wichtige Gewebsveränderungen aufweist, so im vorliegenden Fall eine Neuritis der unteren Extremitäten, die an einer Stelle sogar zur Gangrän geführt hat. Fall 3 und 4 illustriren die Form, bei welcher Mitralfehler auf Grund von rheumatischer Endocarditis der Schilddrüsenschwellung und dem Exophthalmus voraufgehen.

Bei der Behandlung dieser Fälle müssen die Complicationen beachtet werden. Jeder Fall von Basedow muss als complicirt angesehen werden, in dem eines der 4 Cardinalsymptome besonders überwiegt. Z. B., wenn durch Endocarditis ein Mitralfehler entstanden ist, und als dauernde Störung besteht, trotz Verschwindens der übrigen Symptome; ferner, wenn Ptosis mit dem Exophthalmus vergesellschaftet ist, Nystagmus, Ungleichheit der Pupillen vorhanden sind oder andere Symptome als diejenigen, die zu der eigentlichen Erkrankung gehören. Es ist also als Complication zu betrachten, wenn die Schilddrüse cystisch degenerirt, verkalkt oder fibrös wird, oder wenn mehr weniger ausgedehnte Pigmentirung der Haut oder Neuritis eintritt. Specieller Zweck der vorliegenden Arbeit ist nun, zu zeigen, wie diese verschiedenen Krankheitsbilder erfolgreich behandelt werden.

Beim Vergleich der einfachsten Form der Basedow'schen Krankheit mit der complicirtesten beobachten wir in erster Linie den wesentlichen Unterschied zwischen der rein functionellen und der organischen Erkrankung des Nervensystems. Exophthalmus und Tachycardie können auf Reizung des Halssympathicus zurückgeführt werden oder auf Vagushemmung, wobei die specielle Ursache dafür vermuthlich in der Schilddrüse zu suchen ist. Die einfachste Form der Erkrankung ist die rein functionelle, und man trifft Fälle, die lediglich auf eine starke Gemüthsbewegung, Erregung oder Schrecken, zurückzuführen sind. So erhielt eine Dame, die grade bei der Toilette beschäftigt war und dabei zeitweilig in den Spiegel sah, plötzlich eine üble Nachricht. Sie war im höchsten Grade erstaunt, als sie wieder in den Spiegel sah, dass ihre Augen vergrössert und vorgetrieben aussahen. Es trat danach Struma ein, später kam Tachycardie hinzu und Tremor und die 4 Cardinalsymptome waren vollzählig.

Hinsichtlich der Heilmittel hängt viel von den Complicationen ab; keines schien aber dem Verf. so erfolgreich als die galvanofaradische Electricität. Er wandte gewöhnlich den absteigenden constanten Strom an und zwar auf den Vagus und Halssympathicus. In den Herzfällen No. 3 und 4 war Sparteinsulfat sowie Picrotoxin, eventuell combinirt mit Eisen- resp. Mangansulfat, wirksam. In mehr chronischen Fällen, wo Klappenfehler, fibröse Degeneration der Schilddrüse, Pigmentirungen der Haut bestanden, sah Verf. von der gleichzeitigen Anwendung von Jod- und Bromnatrium sowie Natriumarseniat die besten Erfolge. Die wahrscheinlichste Erklärung für die Wirksamkeit dieser Combination liegt in der chemischen Thatsache, dass die Schilddrüse Jodothyrin enthält, welches, wenn auch nicht das active Princip im gewöhnlichen Sinne, so doch einen wichtigen Bestandtheil darstellt, der bei der therapeutischen Behandlung dieser Fälle mit in Betracht kommt.

Die hygienische Behandlung des Basedow muss nach Verf.'s Ueberzeugung, nach anderen, als den bisher verfolgten Gesichtspunkten vorgenommen werden. Die Vorschriften für Diät und körperliche Uebung einerseits, Ruhe und Einsamkeit andererseits stehen auf anderer Basis als die bisherigen Bestrebungen. Systematische Bewegung, keine Ermüdung; maassvolle geistige Beschäftigung, keine übermässig aufregende und anstrengende sind zweckmässig. Eine zurückgezogene Abgeschiedenheit wie sie bei der „Ruhekur" nothwendig ist, erweist sich nicht selten als nachtheilig für die Stimmung und die Ablagerung von Fett bedeutet noch keinen dauernden Gewinn für die Ernährung.

EMIL MAYER.

103) **Goris. Fall von Morb. Basedowii ohne sichtbaren Kropf. Laryngoskopische Diagnose. Thyroidectomie. Heilung. (Un cas de maladie de Basedow sans goitre apparent. Diagnostic laryngoscopique. Thyroidectomie. Guérison.)** *Annales de la Soc. Belge de Chir. No. 8. 1900.*

Die laryngoskopische Untersuchung, welche eine plattgedrückte Trachea und ein unbewegliches linkes Stimmband erkennen liess, brachte Goris auf die richtige Diagnose. Nach operativer Entfernung einer mandarinegrossen hinter dem Sternum gelegenen Struma kamen alle Erscheinungen zum Verschwinden und trat vollständige Heilung ein.

BAYER.

104) **W. H. Thomson. Morbus Basedowii ohne Struma und Exophthalmus. (Graves' disease without exophthalmic goiter.)** *N. Y. Med. News. 12. Mai 1900.*

Th. berichtet über eine Anzahl von Fällen von Basedow'scher Krankheit, in welchen Tremor, Constipation oder Diarrhoe und Tachycardie bestand ohne Struma und Prominenz der Augäpfel. Verf. bespricht die Symptome von 66 Fällen, die er in seiner Privat- und Consultativpraxis gesehen hat. Davon hatten 34 sowohl Struma wie Exophthalmus; 32 hatten weder Exophthalmus noch Struma. Die Symptome in diesen beiden Categorien von Fällen sind so ähnlich, dass Verf. in ihnen einen praktischen Hinweis darauf erblickt, dass die Schilddrüse und ihre Affectionen in der Basedow'schen Krankheit nicht die Hauptrolle zu spielen brauchen. Er vermuthet, dass die Pathogenese der Erkrankung anderswo zu suchen sei.

LEFFERTS.

105) **Watkins. Pillen für die Basedow'sche Krankheit. (Pilules for exophthalmic goiter.)** *N. Y. Medical Journal. 26. Mai 1900.*

Rp. Picrotoxin 0,002,
Extr. aquos. von „Ergot. of rye" 0,1.
M. f. pil. 3 Pillen täglich.

Folgende Formel stammt von Winternitz:

Rp. Ergotini,
Chin. sulf. ana 5,0.
M. f. pil. No. 50. 3—4 Pillen täglich.

LEFFERTS.

g. Oesophagus.

106) **Depage. Rachenösophagusdivertikel. Abtragung. Heilung. (Diverticule pharyngo-oesophagien. Ablation. Guérison.)** *Annal. de la Soc. Belge de Chir. No. 2. 1900.*

64jährige Dame, bei welcher sich die ersten Störungen schon seit 30 Jahren gezeigt hatten. Es bestanden Suffocationserscheinungen, Hustenanfälle und ein beängstigendes Gefühl bei jedem Schluckact, mit einem eigenthümlichen Geräusch im Halse; Erbrechen flüssiger und fester Nahrungsmittel bei Druck auf die linke Seite des Halses; Patientin ist ausserdem sehr heruntergekommen.

Operation mit Einführung einer Oesophagussonde behufs künstlicher Ernährung. Collapserscheinungen 2 Tage nach der Operation, welche durch Injectionen von künstlichem Serum beseitigt wurden, worauf die Heilung ziemlich ungestört vor sich ging. BAYER.

107) **Goris. Oesophagusdivertikel. (Diverticulum de l'oesophage.)** *Annal. de la Soc. Belge de Chir. No. 8. 1900.*

Das Divertikel, welches von G. operirt wurde, sass in der Höhe der ersten Trachealringe perpendiculär und seitwärts vom Oesophagus. Einführen der Oesophagussonde. Vollständige Heilung nach 14 Tagen. BAYER.

108) **E. Lindström** (Schweden). **Fälle von Strictura oesophagi nach Kalilaugeverätzung.** *Hygiea. August 1900.*

1. 3jähriger Knabe. Hat am 20. August 1898 Lauge getrunken. Kam in Behandlung am 25. September, konnte damals gar nicht schlucken. Successive Bougiedilatation, bis No. 30 passiren konnte. Pat. blieb dann von der Behandlung aus, kam aber wieder wegen zunehmender Schluckbeschwerden am 5. September 1899 zurück. Sondirung unmöglich. 14. Juni Gastrostomie und nachher Einführung der Bougies von der Magenfistel aus. Am 13. Juli war die Dilatation so weit gebracht, dass die Gastrostomiefistel verschlossen und die Dilatation vom Munde aus weitergeführt werden konnte. Heilung.

2. 2jähriger Knabe. Hat am 1. December 1899 Lauge getrunken. Die Sondirung fing am 10. Januar 1900 an, aber nach der zweiten Sondirung trat acutes Fieber und ein linksseitiges Pleuraempyem ein. — Thoracotomie und Resection der 9. Rippe. Pleura voll von Eiter und coagulirter Milch. Wenn das Kind Milch trinkt, läuft sie in die Pleurahöhle hinein. Nährende Klystiere im Laufe von 14 Tagen. Am 28. Januar passirte eine Oesophagussonde durch die Strictur. Am 3. Februar war die Communication zwischen Oesophagus und Pleura beinahe geschlossen. Am 26. April konnte die Sonde No. 30 leicht passiren. Heilung.

3. 2jähriges Mädchen. Lauge getrunken am 21. Juli 1899. Gleich nachher Fieber und Bronchitis. Am 21. August 99 ausgesprochene Stricturerscheinungen, kein Fieber. Sondirung und Dilatation sind leicht. Am 25. August passirt Bougie No. 29. Am 29. August Schmerzen im Unterleibe; Tod wenige Stunden nachher. Obduction: Ulceration der Oesophagusschleimhaut. Dicht an der Cardia auf der hinteren Wand eine Perforation, die zu einer Abscesshöhle hinter dem Ventrikel führt. Eine Perforationsperitonitis von diesem Abscesse ausgehend hat den Tod verursacht. SCHMIEGELOW.

109) **J. H. Larkin. Ein Fall von Oesophagusepitheliom mit Stenose der Trachea und Erstickung. (A case of epithelioma of the oesophagus with stenosis of the trachea and suffocation.)** *N. Y. Med. Record. 16. Juni 1900.*

Bei der Eröffnung der Trachea und dem Versuch, eine Canüle einzulegen, begegnete man Schwierigkeiten. Eine kleine Canüle konnte eingebracht werden, ohne jedoch viel Erleichterung zu schaffen. Am folgenden Tage verursachte dieselbe so grosse Beschwerden, dass sie entfernt werden musste. Der Patient lebte nur 48 Stunden nach der Tracheotomie. Bei der Autopsie fand sich ungefähr

3 Zoll über der Cardia eine kleine leicht erhabene Stelle, welche sich bei mikroskopischer Untersuchung als Epitheliom erwies. Hoch oben in der Trachea etwa 1 Zoll unterhalb der Tracheotomiewunde und etwa $1^1/_2$ Zoll über der Bifurcation der Bronchien bestand eine deutliche Stenose der Trachea. Die Ursache davon war ein trachealer Lymphknoten, der vergrössert, durch den Trachealring gewuchert war und die Trachea bis zu diesem Punkt obstruirt hatte. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein metastatisches Epitheliom der Lymphdrüse handelte. Bei dem Druck auf die Trachealringe und der Erosion derselben entwickelte sich ein secundärer Eiterungsprocess in dem Lymphknoten. Schliesslich trat der Tod ein durch allmälige Asphyxie und Lungenödem.

LEFFERTS.

110) **Charles R. Ball. Ein Fall von maligner Strictur des Oesephagus. (A case of malignant stricture of the esophagus.)** *St. Paul Medical Journal. Juli 1900.*

Der mitgetheilte Fall betrifft einen 44jährigen Mann und endete tödtlich. Bei der Autopsie fand sich die Strictur hinter dem Manubrium sterni. Es bestanden einige Ulcerationen unter dem Ringknorpel, welche in die Trachea perforirt waren.

EMIL MAYER.

111) **C. A. Ewald. Ein Fall von Carcinom des Oesophagus mit Dauercanüle behandelt. (A case of carcinoma of the oesophagus treated with permanent canula.)** *N. Y. Medical Record. 23. Juni 1900.*

Verf. berichtet, unter Beigabe von Illustrationen, von einem 64jährigen Mann, der wegen Schluckbeschwerden in das Augustahospital aufgenommen wurde. Es bestand eine fast vollständige Stenose des Oesophagus gegenüber der Bifurcation der Trachea. Es wurde eine Canüle eingelegt, die beträchtliche Erleichterung brachte. An dem Instrument befestigte Seidenfäden wurden beiderseits durch die Nase geführt und hinter dem Septum geknotet. Eine Zeit lang nahm der Pat. an Gewicht zu. Schliesslich nahm man zur Rectalernährung Zuflucht. $1^1/_2$ Monate später starb der Patient. Bei der Autopsie wurde die Canüle in der Mitte der Geschwulst fest eingebettet vorgefunden.

LEFFERTS.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Mc Bride. Die Krankheiten des Halses, der Nase und der Ohren. (Diseases of the throat, nose and ear.)** Dritte, vermehrte und vielfach verbesserte Auflage. Edinburgh und London. Young J. Pentland. 744 pp. 1900.

Bei Besprechung der ersten Auflage dieses Buches im Jahre 1892 gaben wir der sicheren Erwartung Ausdruck, dass dasselbe den Studirenden und Aerzten, für die es geschrieben war, sich als nützlich und willkommen erweisen würde.

Diese Erwartung hat uns nicht getäuscht; das beweist das Erscheinen der 3. Auflage nach so kurzer Zeit.

Die Neuauflage ist um 100 Seiten stärker und enthält 10 Abbildungen mehr als die frühere. Sie ist in jeder Hinsicht verbessert, so dass auch die wenigen Ausstellungen und Lücken, die in der 1. Auflage hätten gefunden werden können, jetzt, wie es scheint, fortgefallen sind.

Um nur einige der Verbesserungen zu erwähnen, sei auf die vortreffliche Schilderung der Pachydermia laryngis hingewiesen, der sehr gute Abbildungen beigegeben sind; ferner auf das jetzt ausführlichere Capitel der Larynxneurosen und auf die Erkrankungen der Nasennebenhöhlen, denen jetzt ein grösserer Raum gewidmet ist.

Wir haben die 1. Auflage des Buches in den letzten 9 Jahren recht häufig und stets mit Nutzen zu Rathe gezogen und stehen nicht an, das Werk auf Grund dieser eigenen Erfahrung als eines der besten Lehrbücher, die wir besitzen, zu empfehlen. Der Rath, den es giebt, ist stets klar und treffend, wie dies von einem als Lehrer so bewährten Autor ja auch zu erwarten war.

Zu wünschen wäre wohl, dass der Verleger etwas liberaler mit den Abbildungen verführe; sie sind so gut, dass man schwerlich zu viel von ihnen haben kann. Statt um 10, hätte eine Vermehrung um 20 und 30 eintreten sollen!

Dem Verfasser aber sprechen wir unseren herzlichsten Glückwünsch zu dem wohlverdienten Erfolge seines Buches aus. — Henry T. Butlin.

---

b) C. Chauveau. **Le Larynx, Anatomie et Physiologie.** 165 Fig. im Text. Vorrede von Dr. Polaillon. Paris. Baillière et fils. 404 pp. 1901.

Die sogen. Lehrbücher werden auch in unserem Fache immer voluminöser; sogar einzelne Abschnitte eines Faches präsentiren sich bei einer derartigen Bearbeitung schon als dickleibige Bücher. Dadurch verfehlen sie aber oft den Zweck, den sie verfolgen, denn entweder sollen sie den Studirenden in das Fach einführen und rasch orientiren, was bei solcher Weitläufigkeit nur selten gelingt, oder aber sie sind für den Specialisten bestimmt; für diesen sind sie jedoch oft zu wenig ausführlich, denn will sich dieser mit einer speciellen Frage, sei es Anatomie oder Physiologie, pathologische Anatomie oder Therapie, eingehend beschäftigen und Untersuchungen vornehmen, so muss er schliesslich doch die einschlägigen Publicationen im Original lesen. In solchen Büchern ist eben zumeist entweder zu viel enthalten oder — zu wenig.

Ch. hat sich der Aufgabe unterzogen, über den Rachen ein gross angelegtes Werk zu schreiben, und von diesem Werk liegt nun der 1. Band vor; dieser enthält die Anatomie und Physiologie. Der 2. Band stellt die Untersuchungsmethoden, die allgemeine Pathologie und allgemeine Therapie in Aussicht, und der 3. und 4. Band wird sich mit dem speciellen Theil beschäftigen.

Der vorliegende Band beginnt mit einem geschichtlichen Theil, in welchem der Verf. bis auf die ältesten Beschreibungen des Rachens zurückgeht; hieraut

folgt ein Capitel über vergleichende Anatomie bei den Wirbelthieren vom Amphioxus angefangen hinauf bis zu den Säugethieren, dann ein Abschnitt, betitelt: Entwicklung des Rachens mit einer grossen Menge von wissenswerthen Details. In mehreren Capiteln ist der Rachen des Embryo, des Kindes und des Erwachsenen, sowie die Schleimhaut, die Musculatur, das Gefäss- und Nervensystem beschrieben und eine ausführliche Darstellung der einzelnen Wände und Räume im Epi-, Meso- und Hypopharynx nebst den topographischen Beziehungen und den verschiedenen Durchmessern gegeben.

Im physiologischen Theil haben wir wieder einen geschichtlichen Abschnitt, ein Capitel über die vergleichende Physiologie bei den Vertebraten und die Physiologie des menschlichen Rachens.

Im ersten geschichtlichen Theil geht Ch. bei Besprechung des Schlingactes bis auf die Theorie von Galen zurück und wendet sich immer in gleicher Ausführlichkeit den neueren Anschauungen zu. Er weist auf die Differenzen in den Ansichten über die Grenzen zwischen dem 1. und 2. Act hin, bespricht die Theorie von Maissiat, dass der Bissen durch Sinken des Luftdrucks im Rachen vom Mund aspirirt und in den Magen befördert werde und citirt vieles wörtlich, oft mehrere Seiten lang, aus den Publicationen von Toussaint, Carlet und namentlich von Arloing, deren Ausführungen sich hauptsächlich um die Frage drehen, ob das Sinken des Luftdrucks im Rachen durch das Heben des Velums entstehe. Als directe Fortsetzung dieser Ausführungen sind die im 3. Capitel dieses physiologischen Abschnittes enthaltenen Auseinandersetzungen über den Schlingact anzusehen, und erwähnen will ich hier, dass es nicht zur Uebersichtlichkeit beiträgt, ja geradezu störend ist, wenn der Autor die älteren und neueren diesbezüglichen Ansichten und Untersuchungen in zwei verschiedenen, durch die vergleichende Physiologie getrennten Capiteln bespricht, auch schon deshalb, weil dadurch Wiederholungen unvermeidlich werden; es wäre übersichtlicher gewesen, beide Capitel in eins zusammenzuziehen.

Es folgt die Besprechung der einzelnen beim Schlingact im Rachen sich abspielenden Vorgänge, wie: Abschluss des Rachens gegen die Nase hin durch das Velum und den Passavant'schen Wulst und Verschluss des Kehlkopfes; ferner die Schilderung der Rolle, welche die Epiglottis beim Kehlkopfverschluss spielt, indem sie passiv auf den Kehlkopfeingang niedergedrückt wird; hierbei gedenkt er der Versuche von Meltzer, der sich davon überzeugen konnte, dass der Verschluss schon im Momente der Contraction des M. mylo-hyoideus und nicht etwa während der Contraction der Rachenconstrictoren stattfindet und auch nach Ausschaltung dieser letzteren prompt vor sich geht; auch weist Ch. darauf hin, dass die Epiglottis durch krankhafte Processe vollständig zerstört werden kann und der Schlingact sich glatt abwickelt; fehlt sie ja bei manchen Thiergattungen von Haus aus vollständig.

Ausführlich geht der Verf. auch auf die Versuche von Kronecker und Kronecker u. Meltzer ein, die er zum Theil wörtlich citirt und aus denen hervorgeht, mit welcher Kraft und Rapidität der Bissen in den Oesophagus geschleudert wird; er erwähnt die Rolle, welche hierbei der M. mylo-hyoideus spielt.

Dass die Constrictoren an der Fortbewegung des Bissens keinen wesentlichen Antheil haben, geht schon von vorneherein daraus hervor, dass die peristaltische Bewegung nie so rasch abläuft; sie haben nur die nebensächliche Aufgabe, zurückbleibende Speisereste weiter zu befördern. Im Uebrigen hat Meltzer gezeigt, dass Ausschaltung des M. mylo-hyoideus, nicht aber die der Constrictoren den Schlingact aufhebt.

Dann bespricht der Verf. den Einfluss des Schlingactes auf die Herzaction, die Beschleunigung derselben, die Sistirung der Respiration während des Schlingactes, ferner die centripetalen Bahnen, die Auslösung des Reflexes durch den N. laryng. sup., die Nervencentren und die centrifugalen Bahnen. Auf relativ kleinen Raum beschränkt Ch. die Besprechung der motorischen Innervation des Velum, über welche ja lange und heftig gestritten wurde; die Untersuchungen von Hein und Volkmann und zuletzt seitens des Ref. haben gezeigt, dass der Gaumen seine motorischen Nerven nicht vom Facialis, sondern vom Vagus zugeleitet bekommt. Nicht erwähnt ist die im Literaturverzeichniss übrigens angeführte experimentelle Arbeit des Ref. über das Kau- und Schluckcentrum, aus der hervorgeht, dass durch Reizung gewisser Hirnrindenstellen in jeder Hemisphäre eine Reihe vom complicirten zweckmässig aneinander gereihten Bewegungen, Contractionen der Kau-, Lippen- und Zungenmuskeln ausgelöst werden kann, und dass diese Auslösung eines wohlausgebildeten Kauactes von einem Schlingact gefolgt wird.

Mit besonderer Ausführlichkeit gedenkt der Verf. der Functionen der Rachens bei der Phonation, und die Schlusssätze der neuesten Untersuchungen von Gellé und Bonnier sind wörtlich wiedergegeben. —

Zum Schluss werden die Schutzmittel, die der Rachen durch seine physiologische Thätigkeit dem Organismus angedeihen lässt, in mehreren Capiteln besprochen. Der Verf. erwähnt die bactericiden Eigenschaften des Speichels, ferner, nicht überflüssiger Weise, wenn auch für eine Besprechung an dieser Stelle etwas zu ausführlich, die ersten Untersuchungen von Lermoyez und Wurtz über die bactericiden Eigenschaften des Nasenschleims, sowie die Controversen anlässlich dieser Untersuchungen. Sodann die Phagocytose der lymphoiden Elemente der Mandeln und insbesondere auch den Schutz, den der Rachen durch die Auflagerung von Schleim erhält, indem die Bacterien vorerst diese Schleimlage durchdringen müssen, bis sie zum Epithel gelangen. U. A. hätten wohl auch die Arbeiten von Hodenpyl Erwähnung verdient.

Bei einer derartigen Anlage des Werkes ist es leicht verständlich, dass der Autor eigene Ansichten über die anatomischen und physiologischen Details nur selten äussert und sich vielmehr auf die Registrirung und systematische Zusammenstellung der bisherigen Forschungen beschränkt.

Die sehr zahlreichen Druckfehler bei Citirung deutscher Arbeiten hätten bei einiger Aufmerksamkeit leicht vermieden werden können; störend ist die consequent falsche Schreibweise mancher Namen: Stohr statt Stöhr, Schoeffer statt Schäffer, Schiteffcrdecker statt Schieferdecker etc. Eine werthvolle Beigabe bilden die wenn auch zumeist nicht sorgfältig ausgeführten Abbildungen.

Werden nun auch die folgenden Bände des Werkes in gleicher Ausführlichkeit behandelt werden, so wird das vorliegende Werk von Ch. das vollständigste bisher erschienene Werk über den Rachen sein und im Bücherschatz keines Specialisten fehlen dürfen. — L. Réthi (Wien).

---

c) American Laryngological Association.

Zweiundzwanzigste Jahresversammlung, abgehalten in Washington D. C. am 1.—3. Mai 1900.

Vorsitzender: Samuel Johnston (Baltimore).

In der Begrüssungsrede betont der Vorsitzende, dass wissenschaftliche und klinische Arbeit Hand in Hand gehen sollen. Man soll aus allen diagnostischen Hülfsmitteln nach Möglichkeit Vortheil ziehen, so z. B. aus der Untersuchung auf Leukocytose im Initialstadium maligner Erkrankungen. Mehr Sorgfalt, als bisher, sollte beim Unterricht in der Rhinologie und Laryngologie auf die Operationsübungen an der Leiche verwendet werden. Die Mitglieder der Gesellschaft sollen als Lehrer angesehen werden und grosse Sorgfalt soll bei der Wahl neuer Candidaten geübt werden. Unser Endziel sei nicht numerische Stärke, sondern Geschicklichkeit und Vervollkommnung! In den zukünftigen Programmen wird man gut thun, die Zahl der Vorträge zu beschränken und mehr Werth auf die Discussion zu legen. Erstere sollen gruppirt werden in eine allgemeine, eine wissenschaftliche und klinische Abtheilung. Es soll keine Ansicht aus den Sitzungen hervorgehen, die nicht auf Thatsachen gestützt ist. Schonendes Vorgehen, besonders mit dem Thermokauter, der Säge und dem Trepan soll streng verlangt werden. Es soll jährlich ein Comité zur Begutachtung aller aus den Verhandlungen zu publicirenden Gegenstände gewählt werden.

Schliesslich gedenkt der Vorsitzende der in dem vergangenen Jahre verstorbenen activen Mitglieder: Max Thorner (Cincinnati) und Joseph C. Mulhall (St. Louis).

T. A. de Blois (Boston): Fracturen der Nase.

Redner führt aus, dass die sogenannten „gebrochenen Nasen“ in der Regel keineswegs auch immer wirklich fracturirt sind. Sie stellen vielmehr oft bloss Fälle von Dislocation der Knochen dar. Sie müssen klassificirt werden je nach dem Grade der Verletzung und dem Zustande der betroffenen Theile. Es kann da vorliegen eine Dislocation (nicht Fractur) der Nasenknochen, d. h. eine Trennung der Knochencontinuität, oder aber es kann sich handeln um eine Fractur des Processus nasalis vom Oberkiefer oder des Jochbeins. Verletzungen können auch passiren beim Geburtsact, beim Säugen oder Schlafen, durch ständigen Druck der Mammae oder des Kissens auf die in dieser Epoche noch zarte Nase. Dann kommen hier die Fälle in Betracht von Fall, Stoss und Collision.

Bei dem „upper-cut“ Stoss der Boxer, wird das Septum verletzt, mit nachfolgender Schwellung, eventuellem Abscess und Lösung von den unterliegenden

Partien. Der „side“ Stoss führt zu doppelter Dislocation der Nasenknochen, während bei dem directen „front“-Stoss der innere Nasenrand abwärts und auswärts getrieben wird. Die Behandlung besteht im Zurückbringen der dislocirten Partien, die unter Umständen die Narkose verlangt. Eine zweckmässige Behandlung dieser eingedrückten Nasen kann äussere Apparate ganz entbehrlich machen. Als innere Stütze kann die Einführung eines Stückes harten Kautschukschlauchs, vermittelst einer geschlossenen Kornzange (die zur Erleichterung des Zurückziehens wohl eingefettet ist) gute Dienste leisten. Der elastische Druck des langsam wirkenden Gummis kann oft eine dislocirte Nase wieder einrichten, indess sind immerhin einige Tage bis zur Erzielung des vollen Effectes nothwendig. Ein Gypsverband dient oft in ausgezeichneter Weise als äussere Stütze. Es werden sodann klinische Fälle zur Illustration mitgetheilt.

De Blois demonstrirt die Abbildung einer abnormen Uvula, die doppelt war, und bei welcher die eine Partie von dem vorderen, die andere von dem hinteren Gaumenbogen zu entspringen schien. Die vordere wurde amputirt und die letztere blieb als vollkommen normales Organ zurück.

Emil Mayer (New-York) eröffnet die Discussion und fragt den Vortragenden, ob er durch die eingelegte Kautschukstütze nicht Reizungen der Nasenschleimhaut hat entstehen sehen. Wegen der Reizung, welche die Anwendung von weichem Gummi setzt, haben Asch und Mayer die vulcanisirte Kautschukröhre eingeführt. Für gewisse Fälle bevorzugt er die Guttapercha, welche sich genau dem einzelnen Fall anpassen lässt und weniger collabirte. Bei frischen Fällen kann der verlängerte Forceps zum Replacement verwendet werden.

De Blois erwidert, dass der Gummi nur temporär beibehalten wurde, bis eine vollkommene Heilung und Reposition eingetreten war.

W. E. Casselberry (Chicago) empfiehlt den Gebrauch der Narkose zur genauen Diagnose und Reposition. Grössere Verletzungen sind sehr schmerzhaft und eine richtige Untersuchung ohne Narkose ist bei Kindern unmöglich. E. befürwortet den Gebrauch des Gypsverbandes zur Stützung. Die Bedenken gegenüber allen Formen von Specialapparaten sind hauptsächlich die, dass man sie selten zur Hand hat, und dass sie schwer in ihrer Lage zu erhalten sind. Pflaster können über der Nase geformt und gegen die Ohren hin geführt, sowie nach hinten zu schmaler geschnitten und durch Binden über und unter den Ohren hinter dem Kopfe gestützt werden. Solche Stützen sind etwa 10 Tage zu tragen und bedeuten eine gewisse Verunstaltung. Zur inneren Stütze dient Nosophengaze, unter Cocain applicirt, in ausgezeichneter Weise. Bei Fracturen weiter abwärts in der Nase ist die gewöhnliche vulcanisirte Kautschukröhre sehr wirksam.

Jonathan Wright (Brooklyn) macht auf die Mittheilungen aufmerksam, die er in den Schriften früherer Aerzte bezüglich der Behandlung von Nasenverletzungen gefunden hat. Es wird da warm empfohlen, die Finger des Kindes mit Gurten an den Stützpunkten der concaven Seite der verletzten Nase zu befestigen. Eine Autorität hat sogar eine Stütze aus einem Stück Schafslunge gebildet. Er beanstandet den Gebrauch von resorbirbarem Material, das zu schnell in Fäulniss übergeht.

John O. Roe (Rochester) empfiehlt die Anwendung einer leichten Metallstütze von aussen mit gleichzeitiger innerer Stütze. Die Narkose soll bei schweren Verletzungen angewandt werden. Adhäsivpflaster sind ein ausgezeichnetes Stützmaterial.

H. L. Swain (New Haven, Conn.) lenkt die Aufmerksamkeit auf die Mechanik des Nasengewölbes und betont, dass sich die beiden Nasenknochen, wenn man sie richtig einander nähert, auch gegenseitig stützen können. Wenn man den Patienten im Auge behalten kann, sind alle Apparate überflüssig.

F. C. Cobb (Boston) hat ebenso gute Resultate mit, wie ohne Apparat gehabt. Der Zustand der Nase während der ersten zwei Tage nach dem Trauma muss entscheiden, ob ein Apparat entbehrlich ist oder nicht.

W. K. Simpson (New-York) befürwortet die Anwendung des Bernays-Schwammes zur Stützung des Naseninnern. Derselbe genügt in vollkommener Weise allen Ansprüchen, ist leicht einzuführen und wirkt blutstillend durch den gleichmässigen Druck.

W. F. Chapell (New-York) wandte ebenfalls den Bernays-Schwamm an, indem er ihn mit Jodoformcollodium auf eine dünne Guttaperchaplatte festklebte, ein Kunstgriff, der sich als sehr zweckmässig erwiesen hat.

J. E. Logan (Kansas City, Mo.): Atrophische Rhinitis.

Redner giebt eine Uebersicht über die zahlreichen Theorien über die Pathologie dieser Erkrankung und spricht sich gegen die Einführung der sehr grossen Zahl klinischer Termini zur Bezeichnung derselben aus. Vier Theorien bezüglich ihrer Aetiologie verdienen besondere Betrachtung: 1. Hypertrophie, die in Folge des Druckes den Blutzufluss unterbricht und so Atrophie verursacht, 2. Eitrige Rinitis bei Kindern, 3. Bakterielle Ursache, 4. Sinuserkrankung. Vortragender selbst neigt auf Grund seiner eignen Erfahrungen dazu der letztgenannten Theorie Bedeutung beizumessen. Er giebt die Krankengeschichte einiger Fälle, in welchen Eröffnung und Curettement der Siebbeinzellen die atrophische Rhinitis heilte. Eine unerklärte Thatsache in diesen Fällen ist die Herkunft der ungeheuren Secretmassen.

Cobb hat in seinen eigenen Ethmoidfällen ausgesprochene Atrophie auf der Seite der Sinuserkrankung beobachtet. Bei hartnäckigem Sinusausfluss hat er eine beständige Zunahme der Atrophie der intranasalen Gewebe bemerkt.

Wright constatirt, dass die Untersuchung post mortem einen engen Zusammenhang zwischen atrophischer Rhinitis und Sinuserkrankung, wie er von Grünwald und Andern behauptet wird, nicht erweist. Nach seiner persönlichen Erfahrung ist die untere und nicht die mittlere Muschel primär befallen. Die Aetiologie der Atrophie ist hier kaum zu entscheiden. Es giebt keinen analogen Process an irgend einem anderen Körpertheil. W. ist vielmehr geneigt den neuerdings von Cholewa und Cordes geäusserten Ansichten beizuflichten, welche den Process als das Resultat einer rareficirenden Ostitis betrachten, die mit einer Knochenhypertrophie anfängt, wobei die kleinen Canälchen im Knochen, welche die Arterien und Venen enthalten, durch das Knochenwachsthum verschlossen wurden. Das Resultat davon ist eine Hemmung des Blutzuflusses zur Mucosa.

Neuerliche anthropometrische Messungen haben Hopmann's Ansicht bestätigt über die ursächliche Beziehung einer Verkürzung des Antero-posterior-Durchmessers und noch mehr die Vorstellung Fraenkel's von dem speciellen Vorkommen der Erkrankung bei dem brachiocephalen Schädeltypus. Diese letztere Beobachtung indess kann sich nur auf gewisse geographische Gebiete beziehen, besonders in Deutschland und der Schweiz, und ist auf amerikanische Patienten nicht anwendbar. Nicht in jedem Falle war eine Ursache allein maassgebend. Nach seinen eigenen Erfahrungen kommen 75 pCt. der Fälle bei Frauen vor und das Sexualleben kann als ein wichtiger Factor dabei angesehen werden.

Swain macht auf die Thatsache aufmerksam, dass rareficirende Osteitis als Ursache von intranasalem Oedem und Polypenbildung beobachtet worden ist. Er hat die Vorstellung, dass intranasale Erkrankungen bei verschiedenen Schädeltypen verschieden auftreten können. Bei dem brachio-cephalen Typus vermag sich die Nase schwerer zu reinigen, als bei anderen Typen.

J. E. Boylan (Cincinnati) fragt, ob Wright Spontanheilungen nach der Menopause beobachtet hat.

Wright antwortet, dass er Nachlassen der Symptome bei Fortdauer der objectiv wahrnehmbaren Atrophie gesehen hat.

Casselberry betont, dass man die gleichzeitige Atrophie benachbarter Partien nicht übersehen soll, wie Atrophie der lymphoiden Gewebe, Unempfindlichkeit der betreffenden Partien, ferner Mangel der Entwickelung oder frühzeitigen Schwund der physiologisch gleichartigen Gewebe. Alle diese Veränderungen machen ihm die Theorie der Trophoneurose sehr wahrscheinlich.

Simpson hat Fälle nach der Menopause weiterbestehen sehen mit gleicher Virulenz als vorher.

Emil Mayer: Die Anginen mit dem Bacillus Friedländer; mit Bericht über einen Fall.

Die Krankengeschichte stellt ein weiteres Capitel des Falles dar, über den Mc Reynolds (Dallas, Tex.) auf der American Medical Association (cf. Centralblatt Mai 1900) bereits berichtet hat. Nachdem der Fall in die Beobachtung des Vortr. gekommen war, wurden gründliche mikroskopische und bakteriologische Untersuchungen angestellt, welche die Ansicht bestätigten, dass die Membranbildung durch den Bacillus Friedländer verursacht war. Einige 13 oder mehr derartige Fälle existiren unb werden von Mayer genau analysirt; er giebt ein vollständiges Resumé der Literatur, die über diesen Gegenstand vorliegt.

Am Schlusse der Sitzung demonstrirt Boylan eine Subcutanspritze zur Application von Cocain in das Pharynxgewölbe bei Adenoidoperationen.

J. H. Bryan (Washington) demonstrirt eine aseptische Nasen- und Ohrenspritze und verbesserte Drainröhren für die Stirnhöhle.

R. P. Lincoln (New-York) zeigt ein Wachsmodell eines recidivirenden Tonsillartumors mit Illustrationstafeln und

E. Mayer einen hohlen Intubationstubeneinführer zum Gebrauch bei Larynxstenosen; die Intubationstube selbst wird zurückgehalten durch einen Arm, der durch den Tracheotomieschnitt gelegt und eingeschraubt wird.

T. R. French (Brooklyn) stellt Photographien von einem Stuhl aus, der zum Gebrauch bei in aufrechter Stellung unter Aethernarkose ausgeführten Nasen- und Halsoperationen dienen soll.

Zweiter Tag.

Die Verhandlungen des zweiten Tages begannen mit einer Geschäftssitzung, in welcher vom Secretär, dem Schatzmeister und den anderen Geschäftsträgern Berichte erstattet wurden, in denen der günstige Etat der Gesellschaft zu Tage trat. Es wurden dann zu Geschäftträgern für das folgende Jahr gewählt: Vorsitzender: Henry L. Swain (New Haven, Conn.); erster Vicepräsident: Henry L. Wagner (San Francisco, Cal.); zweiter Vicepräsident: Arthur Ames Bliss (Philadelphia, Pa.); Secretär und Schatzmeister: James A. Newcomb (New-York); Bibliothekar: J. H. Bryan (Washington, D. C.); Member of council: Samuel Johnston (Baltimore, Md.).

John N. Mackenzie (Baltimore): Die Frühdiagnose des Kehlkopfkrebses und seine Behandlung.

Vortr. bespricht die diagnostischen Methoden und hauptsächlichsten Behandlungsprincipien. Er betrachtet diesen Gegenstand als dermaassen wichtig, dass er — wie er erwähnt — das Krankenbett verlassen hat, um gegenwärtig zu sein und sich an der Debatte zu betheiligen. Bei Ausserachtlassung der möglichen Existenz eines Krebsbacillus bleiben drei diagnostische Methoden, nämlich: 1. die mit blossem Auge oder die Diagnose durch Ocularinspection; 2. durch Thyrotomie; 3. durch das Mikroskop. Die zweite ist oft in der ersten mit eingeschlossen oder ihr untergeordnet. Man kann nach M.'s Ansicht die Wichtigkeit der Untersuchung mit blossem Auge gar nicht hoch genug schätzen. Es ist diese die practisch wichtigste von allen drei Methoden und leider wird ihr oft nur untergeordnete Bedeutung beigemessen. Jedes klinische Mittel sollte vorher herangezogen werden, ehe man zum Mikroskope greift, und dieses sollte wirklich die letzte Instanz darstellen. Die Tagesliteratur zeigt, dass den klinischen Mitteln viel zu wenig und dem Mikroskop viel zu viel Vertrauen entgegengebracht wird. Ein Zeichen allein zur Feststellung des Krebses existirt nicht, alle Symptome müssen zusammengenommen werden und so die Diagnose bilden. In dem Fall nun, dass alle Thatsachen abgewogen sind und doch noch ein gerechtfertigter Zweifel besteht, ist es dann nicht zu billigen, dass ein Theil der Geschwulst zur mikroskopischen Untersuchung entfernt wird? Trotz aller Autoritäten, die das Gegentheil sageu, beantwortet M. diese Frage nachdrücklichst mit „Nein". Die Gründe zu dieser strengen Zurückweisung einer Entfernung von Theilen des afficirten Gewebes sind einmal, dass der Patient dadurch der Autoinfection ausgesetzt wird; dass das Wachsthum des Carcinoms, wenn ein solches wirklich vorliegt, angeregt wird; und schliesslich, dass man dabei oft zu falschen Schlussfolgerungen verleitet wird. Man darf nicht vergessen, dass das Carcinom eine infectiöse Erkrankung darstellt. M. glaubt, dass früher oder später der Krebsbacillus entdeckt werden wird, und darf man dann die Krankheit nicht mehr

chirurgisch behandeln, sondern das Antitoxin an die Stelle des Messers setzen wird. Uebrigens hat die chirurgische Behandlung oft deshalb schlechte Resultate, weil die Methoden nicht radical genug sind; wir entfernen den Krankheitsherd nicht genügend. So lange Lymphdrüsen zurückbleiben, welche die Infection verbreiten können, müssen die Operationen versagen. Nach peinlichen Erfahrungen ist Redn. zu dem Schluss gekommen, dass die einzige Hoffnung auf Erfolg in der Totalexstirpation des Organes und gleichzeitig der Lymphdrüsen gelegen ist. Die Chirurgen haben längst aufgehört, mit dem Carcinom in anderen Körperregionen leichthin umzugehen, und es liegt kein Grund vor, warum sie es mit dem Larynxcarcinom noch weiter thun sollten.

D. B. Delavan (New-York): Statistischer Bericht über die Carcinombehandlung.

D., welcher diesen Bericht übernommen hat, bekennt, dass er sich durchaus in der Lage jenes Autors befände, der eines von seinen Capiteln überschrieb „Schlangen in Irland“ und schliesslich zu dem Resultat kam, „es giebt dort gar keine“. Hinsichtlich der Carcinombehandlung nun ist es dem Buchstaben nach zwar nicht wahr, dass es keine giebt, aber was darüber existirt, hat wenig Werth, besonders weil bei einem Theil der Chirurgen die Neigung besteht, nur die guten Erfolge zu berichten, die Misserfolge aber zu verschweigen. Aus diesem Grunde hat Redn. bei der Zusammenstellung seiner Statistiken alle amerikanischen Operateure eliminiren müssen. Nur einige europäische Chirurgen haben sowohl von ihren Misserfolgen wie von ihren Erfolgen berichtet. Die Statistiken, welche er aus diesen Berichten sammeln konnte, geben nur eine sehr unbefriedigende Antwort auf die Frage. Es ist dringend erforderlich, dass die Chirurgen grösseren Freimuth an den Tag legen. Vortr. legt dann des weiteren der Versammlung die Resultate seiner Forschungen vor.

J. Solis-Cohen (Philadelphia): Chirurgische Eingriffe beim Carcinom.

Redn. ist der Ansicht, dass Mackenzie bezüglich des Eingreifens der Chirurgie durchaus das Richtige trifft, wenn er sagt, dass eine Radicaloperation nöthig ist, wenn man sicher gehen will, dass das ganze Infectionsgebiet entfernt werde. Hinsichtlich des Eingriffs selbst ist die Hauptgefahr, vor der man sich hüten soll, die Anhäufung septischen Materials und sein Eindringen in die Lungen. Um letzteres zu vermeiden, nahm er die Operation am Kopf vor, der tiefer gelegt wird wie die Schultern, was leicht erreicht wird dadurch, dass man den Kopf über den Rand des Tisches hängen lässt. In einigen Fällen mag es wünschenswerth erscheinen, die Tracheotomie vorher auszuführen; aber wenn der Patient in einem derartigen Zustand ist, dass man mit der Radicaloperation nicht warten kann, müssen beide Operationen auf einmal ausgeführt werden. Um septische Pneumonie zu verhüten, ist es nothwendig, jede Communication zwischen Mund und Luftwegen aufzuheben. Ein weiterer wichtiger Punkt ist, jeden Verband zu vermeiden; es ist also wesentlich, in der Nachbehandlung vorsichtig zu sein, den Patienten mit erhöhtem Fussende im Bett zu lagern und den Kopf tiefer

zu halten. Die Operation bedingt das Zusammenwirken von laryngologischer, wie allgemein chirurgischer Seite.

Swain (New-Haven) hebt hervor, dass es angesichts der entmuthigenden Statistik wünschenswerth ist, wenn möglich auch die Lichtseiten etwas hervorzuheben. Er referirt zu diesem Zweck einige seiner eigenen günstigen Erfahrungen in New-Haven.

C. C. Rice (New-York) verlangt, dass der Laryngologe sich nicht früher an den allgemeinen Chirurgen wenden solle, als bis er seiner Diagnose sicher ist. Er ist der Ansicht, dass manche Laryngologen dazu neigen, zu früh zu operiren. Besonders nachdem er die entmuthigenden Statistiken vernommen hat, hält er es für rathsamer, sich nicht zu schnell zur Operation zu entschliessen.

Emil Mayer (New-York) hält die Assistenz eines allgemeinen Chirurgen immer für wünschenswerth, weil oft weitere Operationen nöthig werden ausserhalb des Kehlkopfbereiches, indem der Oesophagus häufig in Mitleidenschaft gezogen ist.

A. B. Thrasher (Cincinnati) hält die Entfernung eines kleinen Geschwulstpartikels zur mikroskopischen Untersuchung zuweilen für gerechtfertigt.

W. K. Simpson (New-York) stimmt mit Letzterem überein und hält es für sehr bedenklich, den Larynx ohne vorausgehende mikroskopische Untersuchung zu exstirpiren.

F. C. Cobb (Boston) theilt die Resultate seiner Erfahrungen mit der Thyrotomie mit.

Mackenzie betont in der Erwiderung auf die verschiedenen Fragestellungen, dass seine Erfahrungen über totale Exstirpation des Larynx ohne Entfernung der Lymphdrüsen bei drei traurigen Misserfolgen gemacht sind. Der von ihm empfohlene Weg, die Lymphdrüsen mit zu entfernen, ist seines Wissens bisher noch nicht in Vorschlag gekommen.

Cohen erklärt, dass er in dem nächsten Fall, in welchem er zur Operation zugezogen würde, auf der Entfernung des ganzen Larynx und der Lymphdrüsen bestehen wolle.

F. E. Hopkins (Springfield): Ueber secundäre Blutungen nach dem Gebrauch von Nebennierenextract.

Vortr. betont, dass die allgemeine Anwendung von Suprarenalextract dessen Werth völlig ausser Frage gestellt hat; er selbst ist so durchaus von der Thatsache überzeugt, dass es die Ausführung von unblutigen Operationen in der Nase und am Septum ermöglicht, dass er nur ungern etwas gegen das Mittel sagt. Jedoch ist er durch seine Erfahrungen gezwungen, zuzugeben, dass dabei die Gefahr der Nachblutungen besteht, und er macht absichtlich auf diese Gefahr aufmerksam, damit man sich davor schützen könne, nicht aber in der Absicht, die Vorzüge des Suprarenalextractes herabzusetzen oder seinen Gebrauch zu widerrathen. Diese Nachblutungen treten einige Stunden nach der Operation auf und sind oft so profus, dass sie den Patienten in Schrecken versetzen. Anfangs vermuthete er als Ursache der Hämorrhagie eine zu frühe Entfernung der Tampons oder eine Anstrengung seitens des Patienten, kurz alles andere, als das Suprarenalextract. Er kam aber schliesslich, wenn auch widerstrebend, zu dem Schluss, dass allem

Anschein nach die Nachblutungen nach dem Gebrauch von Cocain und Suprarenalextract zusammen profuser sind, als nach dem Gebrauch von Cocain allein. Diese Ansicht wurde noch bestärkt durch die Antwortschreiben auf Circularbriefe, die er an die anderen Specialisten zur Feststellung ihrer Erfahrungen versandte. In der That war die Gefahr der Nachblutungen von einigen Autoren so zweifellos festgestellt, dass sie die Patienten vor der Entlassung immer sorgfältig tamponirten.

Swain hat seit der Anwendung des Suprarenalextractes eine ernstliche Vermehrung der Nachblutungen nach derartigen Operationen nicht beobachtet. Er hält es aber für ganz natürlich, dass die energischere Contraction, die durch die Combination von Cocain und Suprarenalextract verursacht wird, auch von einer entsprechend grösseren Erschlaffung gefolgt werde. Eine gewisse Nachblutung wird immer eintreten, ob man nun Cocain allein oder eine Combination von Cocain und Suprarenalextract verwendet.

J. W. Farlow (Boston) sagt, dass einige von seinen Assistenten über diese Nachblutungen geklagt hätten, dass er aber persönlich nie eine derartige Complication gesehen habe. Die Thatsache, dass so verschiedene Angaben gemacht werden, veranlasst ihn zu der Vorstellung, dass irgendwie die Herstellungsweise der Präparate oder seine weitere Behandlung für die verschiedenen Resultate verantwortlich zu machen sei.

A. W. Watson (Philadelphia) hat Cocain ungefähr gerade so wirksam befunden, als das Suprarenalextract. Der Grund dafür, dass die Blutungen nach der Anwendung des letzteren nachkommen, ist sicherlich darin zu suchen, dass dasselbe die Erschlaffung der Gefässe verzögert. W. dringt darauf, dass der Arzt nach Anwendung von Cocain so lange bei dem Patienten zu bleiben hat, bis die natürliche Erschlaffung eingetreten ist.

Hopkins wiederholt in seiner Entgegnung, dass er durchaus nicht von dem Gebrauch des Suprarenalextractes abrathen, sondern nur auf die Nothwendigkeit einer grösseren Sorgfalt bei demselben hinweisen wollte.

J. W. Farlow (Boston): Ein Fall von Ozaena wahrscheinlich sphenoidalen Ursprungs.

Die junge Dame litt an Ausfluss aus der Nase, sowie übelriechender Borkenbildung und war schon von einigen Aerzten ohne Erfolg behandelt worden. Der Fall erwies sich als sehr hartnäckig. Schliesslich trat durch Auswaschungen der Keilbeinhöhle eine derartige auffallende Wendung zum Besseren ein, dass hierin unzweifelhaft der Ausgangspunkt aller Erscheinungen lag.

Logan hat zwei analoge Fälle beobachtet, bei denen Besserung durch Oeffnung und Drainage der Nebenhöhle erreicht wurde.

Samuel W. Langmaid (Boston) giebt seiner Ansicht dahin Ausdruck, dass man in der nächsten Zukunft von noch viel mehr Fällen von Sinusentzündung hören wird. Denn ohne Zweifel sei die Influenza Ursache zahlreicher derartiger Sinuserkrankungen, und man werde demnächst Fälle von chronischer Sinusentzündung zu sehen bekommen als Resultat der jüngsten Epidemien. Man soll sich

in all solchen Fällen über den Zustand der Nebenhöhlen vergewissern und sich nicht mit oberflächlichen Nasenbesprayungen zufrieden geben.

J. O. Roe (Rochester): Correction der Septumdeviationen.

Vortr. beschreibt die verschiedenen Deviationen der Knochen und Knorpel und giebt dann die Details seiner Operationsmethode an, welche in zwei mit dem Messer geführten Incisionen besteht, die sich X förmig schneiden. Dann fasst man mit einer speciellen Compressionszange das ganze knöcherne und knorpelige Septum und drängt es gegen die nicht verlegte Seite hin, tamponirt nun die obstruirte Seite, anfangs mit einem Metallstück, das in sterile Gaze gewickelt ist, die in Sublimat getränkt wird. Der Tampon wird am dritten Tage gewechselt und noch einmal zwei Tage später. Diese Operationsmethode hält R. für vortheilhafter als den rechtwinkligen Schnitt mit der Scheere, der nach seiner Ansicht unzweckmässig ist.

Emil Mayer beglückwünscht Roe zu dem klaren Bericht, den er gegeben hat und hebt hervor, dass sich die Methode an die Asch'sche Operationsmethode anlehnt. Er wünscht nur einige Richtigstellungen zu machen hinsichtlich der Incision mit der Scheere. Unter all den Operationen, die er an über 300 Fällen in zwei Instituten New-Yorks beobachtet hat, war nicht ein Fall, von dem er sich erinnern könnte, dass die Incisionen genau kreuzförmig waren. Der Eifer dagegen, dass die Incisionen gerade einen rechten Winkel formen, sei also grundlos; ferner erinnert er hinsichtlich der R.'schen Art der Tamponade daran, dass diese auch als Nachbehandlung in der ersten Beschreibung der Asch'schen Operation angegeben sei. Dies Tamponadeverfahren ist aber so unangenehm und so quälend, dass man seine gänzliche Beseitigung und die Benutzung der vulkanisirten Tuben freudig aufnahm.

Casselberry (Chicago) bemerkt ebenfalls die grosse Aehnlichkeit zwischen der Methode von Roe und der bekannten Asch'schen Operation; er richtet dann an Mayer noch einige Fragen. Er möchte gerne etwas wissen über die Frage der Blutung, ebenso ob es unbedingt nöthig ist, dass die Patienten 3 Tage zu Bett liegen und schliesslich warum die Tube 4—5 Wochen lang liegen bleiben soll.

Simpson (New-York) sagt, dass nach seiner Erfahrung die Tube nicht recht in der Nase liegen bleibt und dass er deshalb zeitweilig auf den Bernays'schen Schwamm zurückgegriffen hat.

J. Solis Cohen wünscht Aufklärung, ob die perforirten Tuben vortheilhafter seien.

Mayer erklärt, dass die Perforationen einfach deshalb gemacht seien, um das Herausgleiten der Tuben zu verhüten. Bezüglich der Zeitdauer, die sie getragen werden sollen, glaubt er, dass es auch genügt, wenn die Tuben ein gut Theil kürzer liegen bleiben. Hämorrhagie hat er niemals dabei gesehen, und glaubt dies dem Umstand verdanken zu müssen, dass alle seine Patienten im Bett gehalten wurden. Bettruhe ist unbedingt erforderlich. Viel Verwirrung ist mit der gebogenen Scheere angerichtet worden. Es soll zwei Sorten davon geben, eine rechte und eine linke, aber für gewöhnlich entbehrlich sind. Diese Scheeren sind ursprünglich nur für solche Fälle angegeben worden, wo die Deviation sehr tief

heruntergeht. Ein anderer Uebelstand zeigt sich beim Gebrauch der Compressionszange, nämlich, dass meist rüttelnde und drehende Bewegungen ausgeführt werden. Das ist jedoch falsch. Man soll sie in die Nase einführen und einfach eine kräftige Compression damit ausüben. Vortr. hat dies indirect aus zwei Fällen von tödtlicher Meningitis erlernt, die der ungestümen Aufwärtsdrehung des Septums zur Last zu legen waren, und er fragt Roe, ob er ebenfalls meningitische Symptome nach seiner Methode gesehen hat.

Roe erklärt, dass er niemals derartige Erscheinungen danach beobachtet hat und dass es leicht sei, das ganze knöcherne und knorpelige Septum zu verstellen, wie eine Thür in der Angel.

J. P. Clark (Boston): 1. Bullöse Tumoren der mittleren Muschel. 2. Zwei Fälle von gutartiger Geschwulst des Larynx.

Hinsichtlich der ersteren Affection erklärt Redner für die einzig rationelle Behandlung die Beseitigung der Geschwulst.

A. C. Thrasher (Cincinnati) beschreibt einen Fall, in welchem er ein Larynxfibrom erfolgreich entfernt hat.

C. C. Rice (New-York) berichtet über zwei Fälle von partieller Stimmbandlähmung, welche seiner Ansicht nach auf übermässigen oder unzweckmässigen Telephongebrauch zurückzuführen sind.

A. W. Roaldes (New-Orleans) theilt einen Fall mit von Entfernung einer Nadel aus dem Larynx 2 Jahre nach ihrem Eindringen. Das Kind, das sie verschluckt hatte, war durch andauernde Beschwerden an den Rand des Grabes gebracht worden, bis die Eltern es endlich zum Arzt, dem Vortr., brachten. Unmittelbar nach der Operation begann der Zustand des Kiudes sich zu bessern und bald war es völlig gesund.

Eine ziemlich lange Discussion über die Entfernung von Nadeln sowie über die beste Methode dafür schloss sich an den Vortrag an.

Der Vortrag von D. B. Kyle (Philadelphia) über einen eigenartigen Fall von wanderndem Fremdkörper mit Röntgenbildern wurde im Zusammenhang mit der vorhergehenden Mittheilung discutirt.

T. M. Murray (Washington): Trachealinjectionen bei der Behandlung von Lungentuberculose.

Vortr. ist nicht der Ansicht, dass die Tuberculose durch tracheale Injectionen geheilt werden könne. Immerhin aber hält er dieselbe für eine werthvolle Unterstützung der bekannten Heilmethoden, besonders der klimatischen, und betont, dass sie den Kranken unmittelbare und grosse Erleichterung gewähren.

Emil Mayer.

---

d) American Medical Association.

51. Jahresversammlung.

Verhandlungen der Section für Laryngologie und Otologie.

Gehalten zu Atlantic City. N. J. 5.—8. Juni 1900.

Vorsitzender: Christian K. Holmes.

Der Vorsitzende eröffnet die Verhandlungen mit einer Begrüssungsansprache. Eine zahlreiche, werthvolle Litteratur wurde in den letzten Jahren in unserem Specialfache zu Tage gefördert und eine grosse Zahl von nützlichen neuen Instrumenten und Modificationen bereits vorhandener ist eingeführt worden. Ein guter Heissluft-Apparat wäre nöthig. Allerhand Constructionen sind bereits auf den Markt gebracht worden, aber sie haben den Anforderungen nicht entsprochen. Was die neueren Medicamente betrifft, welche Laryngologen zu benutzen Gelegenheit haben, so erkennt Redner vor Allem die guten Eigenschaften des Nebennierenextractes an; aber er betont, dass dasselbe noch bis zu einem gewissen Grade weiterer Prüfung bedarf, und dass sein Anwendungsfeld durch die Neigung zu Nachblutungen, die seiner Anwendung folgen, beschränkt ist.

J. Solis Cohen (Philadelphia): Die Beziehungen der Laryngologie zur allgemeinen Medicin.

Die enge Beziehung der Laryngologie zur allgemeinen Medicin wird heut zu Tage vielmehr anerkannt, als vor verhältnissmässig kurzer Zeit, wo mit wenig Ausnahmen, das Laryngoskop als kaum mehr als ein wissenschaftliches Spielzeug angesehen wurde. Jetzt wird an einigen Universitäten das systematische Studium der Laryngologie als wesentlich zur Ausbildung der Studirenden für die allgemeine Praxis angesehen und an einigen anderen ist dieselbe ein beliebter Gegenstand des facultativen Unterrichts. Das wachsende Bedürfniss einer guten Kenntniss der Affectionen des Larynx und der benachbarten Organe musste zum Verständniss für seine wichtige Rolle in dem medicinischen Unterricht führen. Das ist schliesslich eine Befriedigung für den Laryngologen. Indem der Vortragende die Wichtigkeit des Specialfaches betont, und zugleich die Bedeutung seines Studiums für denjenigen, der in die allgemeine Praxis eintreten will, hebt er auf der anderen Seite hervor, dass diejenigen, welche Specialisten werden wollen, in der allgemeinen Praxis erfahren sein müssen. Viele Specialisten werden, im Vertrauen darauf, dass sie mit der allgemeinen Praxis nichts zu thun haben, mehr Mechaniker als Aerzte, und das Resultat davon sind gar manche unverständige Operationen und Untersuchungen.

Auf Veranlassung von Emil Mayer (New-York) wurde an Solis Cohen für seine Rede ein besonderer Dank votirt.

Emil Mayer (New-York): Ungewöhnliche Larynxverletzung.

Vortragender berichtet über eine Zertrümmerung des Thyreoidknorpels durch eine Gewehrkugel, welche durch das Stirnbein eingedrungen war. Er demonstrirt

den Patienten, einen Soldaten, der in dem Gefecht von El-Caney in liegender Stellung von einer Mausergewehrkugel getroffen wurde. Dieselbe drang in das Stirnbein ein, schlug durch den Oberkiefer, den weichen Gaumen, zertrümmerte das Zungenbein, lenkte dann ab, zertrümmerte den Thyreoidknorpel, drang in den Oesophagus ein, dann in den Magen und vielleicht sogar in die Därme. Eine daraus resultirende Stenose verursachte vollständige Aphonie und Apnoe und machte die Tracheotomie nothwendig. Lang fortgesetzte Intubation stellte endlich die Stimme wieder her und die Möglichkeit, stundenlang mit geschlossener Tracheotomiecanüle zu athmen. Die Intubationsmethode, die der Vortr. zu diesem Zwecke in origineller Weise modificirt hat, wird im Detail erklärt und die dazu angewandten Instrumente demonstrirt.

E. T. Dickerman (Chicago): Larynxpapillom.

D. beschreibt den Charakter der Geschwulst und berichtet über die Häufigkeit ihres Vorkommens bei Kindern unter 10 Jahren. Er verbreitet sich sodann über die Schwierigkeiten der Untersuchung und Diagnose und endlich über die verschiedenen Behandlungsformen mit besonderer Berücksichtigung der intra- und extralaryngealen Operationsmethoden.

Joseph S. Gibb (Philadelphia): Eine ungewöhnliche papillomatöse Larynxgeschwulst.

Die beiden Vorträge wurden gemeinschaftlich discutirt; es ergiebt sich eine weitgehende Verschiedenheit der Ansichten über die beste Behandlungsmethode unter den Rednern. An der Discussion nehmen Mackenzie (Baltimore), Stillton (Seattle, Wash.) und Mayer (New-York) Theil.

C. F. Theisen (Albany, N.-Y.): Drei Fälle von Angina epiglottidea anterior.

Th. betont die Seltenheit der Affection, von der verhältnissmässig nur wenig Fälle berichtet sind. Michel gab ihr 1878 den Namen. Die Oberfläche der Epiglottis ist entzündlich geschwollen. Es kann dabei eine gewisse Röthung der Stimmbänder vorkommen, in der Regel jedoch ist der Larynx selbst nicht stark betheiligt und die Schwellung der Larynxschleimhaut wenigstens nicht sehr ausgesprochen. Drei Fälle müssen nach den Ausführungen Th.'s von einer Reihe von Fällen, die Burnett beschrieben hat und welche er acute miasmatische Epiglottitis nannte, getrennt werden. Die Angina epiglottidea anterior selbst stellt eine Form von Larynxödem dar, das auf die Epiglottis, und zwar gewöhnlich streng auf ihre vordere Seite beschränkt ist. In einem der Fälle war das Oedem so beträchtlich, dass es wesentlich die Respiration störte. Der Autor beschreibt das dabei entdeckte Bacterium, welches, wie er meint, einiges Licht auf die Aetiologie der Krankheit werfen kann.

Emil Mayer hält die Affection nicht für so selten, als Theisen annimmt; sie wird nur nicht immer mit demselben Namen bezeichnet.

Mackenzie spricht sich ungefähr ebenso aus und betont, dass es eine grosse Zahl verschiedenartiger Larynxödeme giebt, von denen jedes aus einer

anderen Infection hervorgeht. Viele davon sind auf den Alkohol zurückzuführen. Er erinnert daran, dass auch Washington an Larynxödem starb.

A. de Vilbiss (Toledo-Ohio): Die Pflege und der Gebrauch von Instrumenten.

Vortr. weist darauf hin, wie nothwendig es ist zu wissen, wie man scharfe Instrumente zu behandeln hat, wie man sie am besten reinigt und in gutem Zustand erhält.

Die Verhandlungen der Section wurden für diesen Tag geschlossen durch Demonstrationen von George C. Stout (Philadelphia) betreffend embryonale Defecte der Nase, Hals und Ohren mit Besprechung ihrer Ursachen; sodann demonstrirte M. H. Cryer (Philadelphia) den Infectionsmodus der Kieferhöhle.

Zweiter Tag.

Ein neuer Zerstäuber wurde von George F. Cott demonstrirt, der seinen Gebrauch bei laryngealen und anderen Affectionen erklärte.

R. W. Seiss (Philadelphia): Pharynxatrophie.

Redner betont ausdrücklich, dass er nichts Neues auf dem Gebiet bringen, sondern nur die Nothwendigkeit einer genauen Classificirung der Nasen- und Halskrankheiten ins rechte Licht setzen wolle. Die Aetiologie der Pharynxatrophie ist wie die so mancher anderer Krankheiten unbekannt, und die Behandlung beschränkt sich auf die Bekämpfung der Symptome, die Verhütung einer Verbreitung der Mikroben und die Stimulation der nicht befallenen Partien zu grösserer Widerstandsfähigkeit. Adstringentien aller Art, besonders Silbernitrat verschlimmern wahrscheinlich noch den Zustand. Redner sah gute Erfolge nach Spraybehandlung, Massage und Einreiben von medicamentösen Präparaten. Interne Medicationen haben selten Erfolg. In der folgenden Discussion stimmte man allgemein der Ansicht des Vortragenden bei bezüglich der Behandlung, während die Unsicherheit der Aetiologie der Erkrankung zugegeben wurde.

Samuel E. Allen (Cincinnati, Ohio): Der gegenwärtige Stand der Antitoxinbehandlung.

A. berichtet über die enorme Zahl von Arbeiten, welche in den letzten Jahren über die Serumtherapie entstanden sind, und betont, dass in Folge dessen die Kenntniss der Krankheitsursachen sowohl, wie ihrer besten Heilmethoden wesentlich gewonnen hat. Unter Hinweis auf den Diphtheriebacillus führt er aus, wie sehr die medicinische Wissenschaft und die ganze Menschheit den Bacteriologen verpflichtet ist. Jetzt wissen wir mit Bestimmtheit, dass Bacillen existiren, welche speciell der Diphtherie eigenthümlich sind. Es giebt so viele verschiedene Sorten

davon, dass man sie als Gruppe ansprechen kann, und es giebt eine weitere Gruppe, die wir Pseudodiphtheriebacillus nennen, weil sie den eigentlichen Diphtheriebacillen in jeder Hinsicht ähnlich sind mit Ausnahme der Thatsache, dass sie verhältnissmässig harmlos sind. Die Bacteriologen haben aber nicht nur die Aufstellung einer genauen Diagnose erleichtert, sondern sie haben auch den weiteren Schritt gethan, dass sie einen Zustand von Immunität zu erzielen lehrten. Ein wichtiges Moment bei der Antitoxinbehandlung ist die Nothwendigkeit, das Serum frühzeitig und in ausreichender Dosis anzuwenden, denn das Antitoxin heilt nicht, sondern verhütet nur die Verbreitung der Erkrankung. Ein Nachtheil in der Antitoxinbehandlung wird durch gewisse serumfremde Substanzen verursacht. Daraus geht die Nothwendigkeit hervor, nur vollkommen zuverlässige Sera zu benützen, die jetzt in grösserer Zahl dargestellt werden.

George L. Richards (Fall River, Mass): Einige Gesichtspunkte in der Diagnose der Syphilis der oberen Luftwege.

Syphilitische Affectionen der oberen Luftwege sind sehr selten als primäre vorhanden, als secundäre dagegen recht häufig, und häufig auch als tertiäre Manifestationen constitutioneller Syphilis. Die betheiligten Gebiete sind Pharynx, Tonsillarregion, Nase und Larynx. Nasen- und Kehlkopfspecialisten sehen am häufigsten das tertiäre, die practischen Aerzte dagegen das secundäre Stadium. Redner führt aus, dass die tertiären Manifestationen häufig übersehen oder falsch ausgelegt werden, und dass sie ganz verschieden lange Zeit, von Monaten bis zu Jahren, nach den primären Affecten vorkommen. Späte Manifestationen können mit den tertiären hinsichtlich der Behandlung zusammengefasst werden. In allen derartigen Fällen ordinirt R. Quecksilber und Jodkalium, die sowohl in dem tertiären wie in den anderen Stadien der Krankheit von Erfolg sind. Die Schwierigkeit der Diagnose der Syphilis und die Nothwendigkeit, immer Verdacht darauf zu haben, wurde in der Discussion besonders betont.

J. A. Stucky (Lexington, Kentucky) bringt einen Antrag ein, dass die American Medical Association einen Beschluss fasse zu Gunsten einer Untersuchung des Gehörs bei allen Schulkindern, was einstimmig angenommen wurde.

W. Freudenthal (New-York): Die Behandlung der Larynxtuberculose.

F. hat gefunden, dass eine Orthoformemulsion mit Eiereiweiss alle Schmerzen beseitigt. Er hat gute Resultate von der directen Belichtung in solchen Fällen gesehen.

F. L. Stillman (Columbus, Ohio): Die allgemeine Widerstandsfähigkeit des Körpers als ein den Verlauf und die Heilung günstig beeinflussender Factor bei Nasen- und Halserkrankungen.

Redner zeigt, wie die Widerstandsfähigkeit durch Heredität, Umgebung, Klei-

dung, Nahrung und Hygiene beeinflusst werden kann, und führt aus, dass, während bei Erkrankungen der oberen Luftwege die glänzendsten Resultate durch fast rein chirurgische Behandlung erzielt werden, doch in beiden Krankheiten die Berücksichtigung der Umgebung des Patienten ein sehr wichtiger Punkt für die Heilung ist.

Carolus M. Cobb (Lynn, Mass.): Atrophische Rhinitis.

C. beschreibt die Behandlung mit Elektrolyse und berichtet über Experimente, die er unternommen hat in der Absicht, die Wirksamkeit von Nadeln aus verschiedenem Metall zu erproben. Er betont die Wichtigkeit, in der Diagnose zu unterscheiden zwischen atrophischer Rhinitis und Erkrankung der Nebenhöhlen. Eine grosse Zahl von Fällen sogenannter atrophischer Rhinitis sind wirkliche Erkrankungen des Sinus und können nur durch darauf hinzielende Behandlung geheilt werden. Der Hauptwerth der Elektricität beruht wahrscheinlich auf ihrem Vermögen, die Gewebssäfte selbst zu zersetzen. Es wurden Versuche mit Nadeln aus Kupfer, Stahl und Platin in verschiedenen Combinationen unternommen; das Resultat davon war, dass keine Differenz bei dem Gebrauch verschiedener Nadeln gefunden wurde. Verschiedene Metalle hatten entschiedenen heilsamen Einfluss, und es war möglich, uncomplicirte Fälle von atrophischer Rhinitis wenigstens für eine Zeit zu heilen. Redner will ausdrücklich betont haben, das atrophische Rhinitis durchaus nicht unheilbar ist. Sie wird sehr leicht von der Behandlung beeinflusst, und viele Patienten konnten dauernd geheilt werden; der üble Geruch der Ozaena verschwand öfters schon nach einer Application.

E. B. Gleason (Philadelphia): Der Behandlung der Deviationen des Nasenseptums complicirt mit traumatischer Deformität der äusseren Form und des knorpligen Gerüstes der Nase.

Gl. beschreibt die verschiedenen Operationen und zeigt, dass sie die Form der äusseren Nase nicht wesentlich verändern und einzig zu dem Zweck ausgeführt wurden, den Athmungsraum auf der obstruirten Seite zu vergrössern und das Athmen auf der nicht verstopften Seite zu bessern. Bei seitlichen Deviationen der äusseren Nase handelt es sich daher nicht darum, das Septum gerade zu richten, sondern es parallel der seitlichen Nasenwand zu stellen.

Folgende Geschäftsträger werden für das nächste Jahr gewählt: als Vorsitzender: John N. Mackenzie (Baltimore), Secretair: George C. Stout (Philadelphia).

Emil Mayer.

IV. Briefkasten.

Einladung zur laryngo-otologischen Section der 73. deutschen Naturforscherversammlung. Hamburg, 22. bis 28. September 1901.

I.

73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg.
22. bis 28. September 1901.

Hamburg 1901.

Hochgeehrter Herr!

Der unterzeichnete Vorstand der Abtheilung für

Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten

giebt sich die Ehre, die Herren Fachgenossen zu den Verhandlungen der Abtheilung während der

73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg,
die vom 22. bis 28. September 1901
stattfinden wird, ergebenst einzuladen.

Da den späteren Mittheilungen über die Versammlung, die anfangs Juni zur Versendung gelangen, bereits ein vorläufiges Programm der Verhandlungen beigefügt werden soll, so bitten wir, Vorträge und Demonstrationen — namentlich solche, die hier grössere Vorbereitungen erfordern — möglichst bald bei dem mitunterzeichneten Dr. med. Thost, Colonnaden 96, anmelden zu wollen. Vorträge, die erst später, insbesondere erst kurz vor oder während der Versammlung angemeldet werden, können nur dann noch auf die Tagesordnung kommen, wenn hierfür nach Erledigung der früheren Anmeldungen Zeit bleibt; eine Gewähr hierfür kann daher nicht übernommen werden.

Die allgemeine Gruppirung der Verhandlungen soll so stattfinden, dass Zusammengehöriges thunlichst in derselben Sitzung zur Besprechung gelangt; im Uebrigen ist für die Reihenfolge der Vorträge die Zeit ihrer Anmeldung maassgebend.

Da auch auf der bevorstehenden Versammlung, wie seit mehreren Jahren, wissenschaftliche Fragen von allgemeinerem Interesse soweit wie möglich in gemeinsamen Sitzungen mehrerer Abtheilungen behandelt werden sollen, so bitten wir Sie auch, uns Ihre Wünsche für derartige, von unserer Abtheilung zu veranlassende gemeinsame Sitzungen übermitteln zu wollen.

Dem Beschluss des Vorstandes der „Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Aerzte“, auf den zukünftigen Versammlungen die Zersplitterung in einzelne kleinere Sectionen zu vermeiden und den gemeinsamen Austausch der Erfahrungen und Ansichten durch Zusammenlegen verwandter Abtheilungen zu fördern, sind wir um so bereitwilliger gefolgt, als in den zahlreich vorhandenen Specialgesellschaften und auf den stattfindenden Specialcongressen genügend Gelegenheit geboten ist, Themata, die ausschliesslich Angehörige der einzelnen Fächer interessiren, zu behandeln und die Praktiker mit ganz verschwindenden Ausnahmen sich mit den drei hauptsächlichsten in unserer vereinigten Section vertretenen Fächern, der Laryngologie, Rhinologie und Otologie beschäftigen.

Die Einführenden: Der Schriftführer:

Dr. med. Thost. Sanitätsrath Dr. med. Ludewig. Dr. med. Zarniko.

II.

73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg.

22. bis 28. September 1901.

Sehr geehrter Herr Kollege!

Auf der diesjährigen Naturforscherversammlung in Hamburg soll den vielseitig geäusserten Wünschen nach Wiederherstellung des alten Charakters der Versammlungen deutscher Aerzte und Naturforscher mit einer möglichst gemeinsamen Zusammenarbeit und Vermeidung einer zu weit gehenden Zersplitterung in einzelne Specialfächer Rechnung getragen werden.

Es wird daher unsere besondere Aufgabe sein, bei der Auswahl der Themata und der Vertheilung des Stoffes und der Zeit Alles das ins Auge zu fassen, was unsere Specialfächer mit der Gesammtheit der allgemeinen Heilkunde verbindet.

Zu diesem Zwecke werden auch für unsere Abtheilung einige allgemein interessirende Fragen als Hauptthemata zur Discussion gestellt werden, Fragen, über die auch die praktiscken Aerzte und Angehörige anderer Specialfächer Erfahrung besitzen und die für dieselben interessant und wichtig sind.

Diejenigen Themata aber und Demonstrationen, die ein allgemeines Interesse nicht haben und mehr specialistisch sind, sollen in Gruppen vereinigt an den übrigen Sitzungstagen verhandelt werden und zwar so, dass je nach der Anzahl der gemeldeten Vorträge eine oder mehrere Sitzungen für otologische, rhinologische und laryngologische Vorträge anberaumt werden, und dass es somit Jedem freisteht, das, was ihn interessirt zu hören, die übrige Zeit aber für den Verkehr mit anderen Sectionen sich frei zu halten.

Wir sind überzeugt, dass damit den Interessen Aller gedient ist und dass gewisse Vorurtheile, die gegen das Specialistenthum sich eingebürgert haben, am Besten durch einen engeren Anschluss an die Allgemeinheit der Festbesucher behoben werden, wie auch schon das Zusammenlegen unserer 3 Hauptfächer, der Otologie, Rhinologie und Laryngologie, die von der Mehrzahl der Praktiker gleichzeitig betrieben werden, ein Schritt auf diesem Wege sein soll.

Da für die ebenso nöthige wie fruchtbringende specielle Arbeit auf den einzelnen Gebieten in den zahlreichen laryngologischen und otologischen Vereinen, Gesellschaften und Congressen mit ihrer hochentwickelten Literatur genügend Platz geschaffen ist, wird es unseren Fächern nur förderlich sein, wenn jährlich einmal auf der Naturforscherversammlung der Zusammenhang mit der allgemeinen Heilkunde in der oben angedeuteten Weise mehr in den Vordergrund gestellt wird.

Als allgemeine Themata sind bisher in Aussicht genommen:

1. Asthma, Heufieber und verwandte Zustände.

(Am Schluss der Versammlung ist ein Besuch von Helgoland, dem Eldorado der Heufieberpatienten und Sitz des Heufieberbundes in Aussicht genommen.)

2. Ueber Schwindel.

Wir bitten Sie daher ergebenst Ihre Themata möglichst im Rahmen dieses Programms zu wählen oder auch anderweitige allgemeine Themata in Vorschlag zu bringen, die, falls Referenten und genügende Vorträge sich finden, verhandelt werden sollen.

Da Anfangs Juni die definitiven Programme versandt werden sollen, bitten wir um möglichst baldige Mittheilung Ihrer Themata oder Ihrer Wünsche.

Der Vorstand der Abtheilung für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten.

Die Einführenden: Dr. med. Thost. Sanitätsrath Dr. med. Ludewig.

Der Schriftführer: Dr. med. Zarniko.

Druck von L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XVII. Berlin, Juli. 1901. No. 7.

I. Referate.

a. Allgemeines, Medicamente, Instrumente etc.

1) **M. A. Goldstein. Was bei der Ohren-, Nasen- und Halsbehandlung vermieden werden soll. (What not to do in ear, nose and throat work.)** *Medical Review. 2. Juni 1900.*

Die kritiklose Anwendung von Cocain, sowie der Gebrauch von starken Sprays sind vornehmlich zu verwerfen.

EMIL MAYER.

2) **G. Lennox Curtis. Cocain und sein rationelles Gegengift. (Cocain and its rational antidote.)** *International Medical Magazine. Juli 1900.*

Volasem (Veilchenextract) in Dosen zu 5 Tropfen ist ein wirksames Gegenmittel gegen unerwünschte Wirkungen von injicirtem Cocain.

Eine Dose von 10 Tropfen reichte aus, einem Patienten, der an Cocainerregung litt, unmittelbare Erleichterung zu bringen.

EMIL MAYER.

3) **Redact. Notiz. Schnupfen von Cocain. (Cocaine snuffing.)** *N. Y. Medical Journal. 27. October 1900.*

Die Gewohnheit, Cocain zu schnupfen, die nach dem Journal of the Americ. Med. Assoc. besonders unter den Negern der Südstaaten verbreitet ist, kommt der Indian Medical Gazette (September) zufolge ebenso häufig unter den Eingeborenen des Bhagalpurdistricts in Indien vor.

LEFFERTS.

4) **W. H. Bates. Therapeutische Eigenschaften der Capsula suprarenalis. (The therapeutic properties of the suprarenal capsule.)** *Journal American Medical Association. 11. August 1900.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

5) **Salomon Solis-Cohen. Die Anwendung von Nebennierensubstanz bei der Asthmabehandlung. (The use of adrenal substance in the treatment of asthma.)** *Journal Amer. Med. Assoc. 12. Mai 1900.*

Indem man mit kleinen, häufig wiederholten Dosen von 0,06 stündlich oder zweistündlich beginnt oder mit einer mittleren Dosis von 0,3 ein- oder zweimal

täglich anfängt, beobachtet man die Toleranz des Patienten, sowie die Reactionsfähigkeit der Symptome auf das Mittel und dosirt es dann dementsprechend. Verf. verabfolgte von 0,18 bis zu 6,0 g der trockenen Dosis in 24 Stunden: 0,3—0,6 g alle 2—3 Stunden am Tage ist eine zweckmässige Dose. In manchen Fällen verursachen die accessorischen Bestandtheile des Präparates Diarrhoen mit starken Entleerungen. Wenn wir nur die wirksame Substanz zu isoliren im Stande wären, würde diese Therapie viel vollkommener sein.

EMIL MAYER.

6) **Lewis S. Somers. Wässriger Extract der Nebennierendrüse. (Aqueous extract of the supra-renal gland.)** *Marcks Archives. Juni 1900.*

Verf. kommt zu dem Schluss, dass das Extract die toxische Wirkung der Localanaesthetica verhütet dadurch, dass es dieselben in den Geweben zurückhält und die Absorption hintanhält. Es zersetzt sich leicht, aber die Fäulniss schwächt die physiologische Wirkung keineswegs ab. Seine Wirksamkeit wird durch Kochen nicht beeinträchtigt und mit Carbolsäure halten sich die Lösungen auf unbegrenzte Dauer, ebenfalls ohne an Wirksamkeit zu verlieren.

Es vermag primäre Hämorrhagien zu verhüten und secundäre Blutungen erheblich einzuschränken. (In der letzten Hinsicht steht Verf. im Widerspruch mit der grossen Mehrzahl der Rhinologen.)

EMIL MAYER.

7) **Lucien Howe. Aufbewahrung von Nebennierensubstanzlösungen. (Preservation of solutions of suprarenal capsule.)** *American Journal of Ophthalmology. Juli 1900.*

Tabletten sind im Allgemeinen stärker wirksam, als das Extract.

2,0 des Extractes werden mit destillirtem Wasser zu einer Paste verrieben und mit Wasser bis auf 32,0 aufgefüllt. Die Lösung wird 15—20 Minuten lang auf 70^0 erhitzt und die verdampfte Menge Wasser nachgefüllt. Das klare Filtrat davon wird verwandt. In wohlverschlossener Flasche hält sich die Lösung einige Wochen lang.

EMIL MAYER.

8) **Escherich. Borsäure gegen Soor. (Boric acid for thrush.)** *Med. Council. Juli 1900.*

Borsäure und Saccharin werden mit steriler Gaze in den Mund des Kindes applicirt.

EMIL MAYER.

9) **Lewis S. Somers. Ueber die Dosirung von Jodkalium und seine ungünstigen Wirkungen auf die oberen Luftwege. (The dose of potassium iodide, with reference to its untoward effects upon the upper respiratory tract.)** *N. Y. Medical News. 29. September 1900.*

Die Grösse der Dose soll bemessen werden nach der Wirkung, die sie auf die Krankheit resp. ihre Symptome, um derentwillen das Medicament verabreicht wird, ausübt; gewöhnlich genügen mässige Dosen von 0,3—0,6 g dreimal täglich. Bei einigen Fällen tritt bald Besserung zu Tage, bei manchen jedoch erst, wenn man allmälig in der Dosis ansteigt. Die Erscheinungen des Jodismus sind von der Dose verhältnissmässig unabhängig und manchmal verschwinden die katarrhalischen Erscheinungen der oberen Luftwege, die nach kleinen Dosen aufgetreten sind, wenn man mit der Dosis energisch steigt.

LEFFERTS.

10) **D. H. Galloway. Antistreptococcenserum. Ein Fall, in welchem es mit bemerkenswerthem Erfolge angewandt wurde. (Antistreptococcic serum. A case in which it was used with apparently remarkable results.)** *Philadelphia Medical Journal. 4. August 1900.*

Der Beschreibung nach scheint es sich um einen Fall von Angina Ludovici zu handeln, der freilich nicht als solcher diagnosticirt war. Es wurden täglich Injectionen von Antistreptokokkenserum verabreicht und es erfolgte Heilung. Verf. hat keinen Beweis, dass die Schwellung ein Streptokokkenabscess war, und wenn sie es war, so ist er doch einermaassen zweifelhaft, ob das Serum das Leben des Patienten gerettet hat.

EMIL MAYER.

11) **Edwin Pynchon. Nosophen und Antinosin bei der Behandlung von Nasen-, Hals- und Ohrerkrankungen. (Nosophen and Antinosine in the treatment of diseases of the nose, throat and ear.)** *The Medical Council. Juli 1900.*

Verf. wendet Nosophen an Stelle von Jodoform an. Beim Gebrauch wird dasselbe allmälig durch die alkalischen Körpersäfte in lösliches Antinosin verwandelt. Es ist zugleich ein leichtes Haemostaticum. Antinosin kann angewandt werden in Lösung von 1 : 2000 bis 3 : 100, und ist ein kräftiges Antisepticum. Verf. hält eine Mischung der beiden Droguen für empfehlenswerth. Antinosin kann als Gurgelwasser in Verdünnungen von 1 : 1500 bis 1 : 1000 verwendet werden. Nosophengaze ist schätzenswerth bei Tamponirung der Nase in Fällen von Nasenbluten oder zur Verhütung von Synechien nach Operationen.

EMIL MAYER.

12) **H. Morse. Eukalyptol in der laryngologischen Praxis. (Eucalyptol in laryngological pratice.)** *Med. Record. Juli 1900.*

Die Drogue stellt ein ausgezeichnetes Antisepticum dar und wird am besten als Spray zu 4,0 mit Zusatz von 0,3 Cocain angewandt.

EMIL MAYER.

13) **R. Lake. Mercurol als Antisepticum bei Nasen- und Ohrerkrankungen. (Mercurol as an antiseptic in diseases of the nose and ear.)** *N. Y. Medical Journal. 29. December 1900.*

Verf. schätzt das Mittel als Antisepticum nach Incisionen des Trommelfells bei eitriger Otitis und hält es auch für werthvoll zur Irrigation von Höhlen, wie z. B. der Kieferhöhle. Es wird angewandt in $2^1/_2$-5 proc. Lösungen.

LEFFERTS.

14) **D. H. Galloway. Concentrirte Carbolsäure versehentlich zum Halsspray verwandt. (Strong carbolic acid used by mistake as a throat spray.)** *Laryngoscope. August 1900.*

Die Säure befand sich in einer Flasche, die Wasserstoffsuperoxyd enthalten hatte. Eine neue Etikette war über die alte geklebt worden, aber nicht so, dass der Name bedeckt worden wäre. Die Säure wurde in den Zerstäuber gefüllt und so verwandt. Das Versehen wurde sofort durch den Arzt, der sich des Sprays bediente, festgestellt, und eine Besprayung mit Alkohol und Wasser unmittelbar danach angewandt. Patient genas.

EMIL MAYER.

15) **Edwin Pynchon. Einige verbesserte Nasen-, Hals- und Ohren-Instrumente. (Some improved nose, throat and ear instruments.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Februar 1900.*

Demonstration eines Nasenseptometers, einer Adenoid-Curette, einer Nasentrephine, eines gekrümmten Tonsillotoms, eines Sägeblattes mit Flächenkrümmung, einer federnden Tonsillenzange und eines Thermokauterhandgriffes.

EMIL MAYER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

16) **G. Brühl. Neue Methode zur Demonstration der accessorischen Nasenhöhlen. (New method of demonstrating the accessory nasal cavities.)** *N. Y. Medical News. 14. April 1900.*

Die Knochen werden durch Decalcination und Behandlung mit Xylol transparent gemacht und die Nasenhöhlen mit Woods Metall gefüllt. Als mittlere Capacität der Stirnhöhe fand sich 2,8 ccm, der Oberkieferhöhle 10,5 ccm, der Keilbeinhöhle 1,9 ccm. Das Gesammtvolumen aller accessorischen Höhlen beträgt ca. 45 ccm, ein hinreichender Beweis ihrer Bedeutung bei Nasenerkrankungen. Diese Methode zur Demonstration der Höhlen ist allen anderen zur Zeit gebräuchlichen weit überlegen.

LEFFERTS.

17) **Laurent. Abgüsse von Kieferhöhlen. (Montages des sinus maxillaires.)** *Bulletin de la Soc. Roy. des sciences méd. et naturelles de Bruxelles. No. 7. 1900.*

L. legt in der Königl. Gesellschaft für Medicin und Naturwissenschaften am 2. Juli 1900 Abgüsse von Kieferhöhlen vor, welche er in Gemeinschaft mit Depaum mit einem modificirten Darcet'schen Gemenge, das bei 65° schmelzbar ist, hergestellt hatte und giebt zugleich deren Beschreibung.

BAYER.

18) **Edmund Wertheim** (Breslau). **Beiträge zur Pathologie und Klinik der Erkrankungen der Nasennebenhöhlen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. XI. H. 2. p. 169. 1900.*

Die Arbeit basirt auf einem Material von 400 Sectionsprotocollen. W. studirt die Beschaffenheit der Schleimhaut und des Secretes bei den Nebenhöhlenerkrankungen, die Häufigkeit der Betheiligung der verschiedenen Höhlen und der Combination mehrerer Nebenhöhlenaffectionen, die Aetiologie derselben, ihre Beziehung zur Ozaena, zu Polypen, kurz alle in Betracht kommenden pathologischen Momente. Auch diagnostische Fragen, wie die der Durchleuchtung, sowie therapeutische Gesichtspunkte werden eingehend erörtert. Die Resultate der grossangelegten Arbeit im Einzelnen wiederzugeben, ist hier nicht möglich; Interessenten werden dieselbe im Original nachlesen müssen.

F. KLEMPERER.

19) **Stanculeanu** und **Baup. Bakteriologie der Empyeme der Gesichtshöhlen. (Baktériologie des empyèmes des sinus de la face.)** *Société de biologie. 7. April 1900.*

Klinisch kann man zwischen zwei Arten von Sinusempyem unterscheiden:

1. Eine Form mit fötidem Eiter, die vornehmlich Anaëroben enthält und nach Zahninfectionen auftritt;

2. eine nicht fötide Form, die nur die gewöhnlichen Aëroben enthält und im Anschluss an Mischinfectionen auftritt.

Im normalen Zustand wachsen die Anaëroben im Munde und man trifft sie nur ausnahmsweise in der Nase.

PAUL RAUGÉ.

20) **Robert Sattler. Die Erscheinungen an Auge und Orbita bei ausgesprochener Erweiterung der lufthaltigen Höhlen des Schädels. (The ocular and orbital expressions of excessive dilatation of the pneumatic sinuses of the skull.)** *Ophthalmic Record. Januar 1900.*

I. Enorme Grössenzunahme des Schädelsinus kommt vor ohne weitere Symptome einfach als Resultat physiologischer Vorgänge im hohen Alter. Wahrscheinlich wächst die Tendenz hierzu bei gleichzeitigem Bestehen chronischer und subacuter katarrhalischer Processe der oberen Luftwege.

II. Abnorme Zunahme an Capacität und Dimensionen resultirt nicht selten bei latentem klinischem Verlauf, wenn die Sinus zu Retentionshöhlen geworden sind und mit Granulationsgewebe oder opalescentem nicht-infectiösem Schleim, als Ausdruck eminent chronisch verlaufender Processe, erfüllt sind. Solche Processe machen sich erst bemerklich, wenn trophische Störungen die dünnen Höhlenwandungen befallen und eine nekrotisirende Ostitis verursacht haben, die freilich nur in manchen Fällen, mit sichtbarer Deformität des Gesichtes, der Augenhöhle und Nasenkammern einhergeht.

III. In einer anderen Gruppe von Fällen sind wir zu dem Schluss gezwungen, dass der pathologische Process bei einem ganz latenten Verlauf in Caries und Sequesterbildung der Höhlenwandungen ausgeht mit nachfolgenden tiefen Perforationen des Knochens oder der darüber liegenden Weichtheile. Häufig entleert sich dann der Inhalt eines Sinus in den benachbarten; Untersuchungen des Verf.'s erwiesen dies z. B. für Stirnhöhle und Siebbeinzellen, Stirnhöhle und Oberkieferhöhle, Siebbeinhöhle und Oberkieferhöhle. Derartige Entleerungen in einen benachbarten Sinus mit nachfolgender allmäliger Erweiterung geben eine weitere Erklärung für abnorme Erweiterungen dieser Höhlen und besonders für solche Fälle, in denen die Erkrankung von den tieferen auf die höheren Gewebstheile übergeht und die ursprüngliche Erkrankung mehr zurücktritt hinter den vorherrschenden klinischen Erscheinungen einer secundären, mehr nach aussen fortschreitenden Affection.

IV. Excessive Erweiterung kommt ferner vor als Resultat degenerativer Processe, welche den rareficirten Knochen befallen, jedoch ohne Ausgang in Caries und Sequesterbildung an localisirten Stellen; sie schreitet fort ohne weitere Symptome unter allmäliger Bildung von Osteophyten.

Die Stirn- und Siebbeinhöhle neigen besonders zu den sog. Elfenbeinexostosen, die in der diesbezüglichen Literatur so wohl beschrieben und bekannt sind. Wahrscheinlich werden Rhinologen, wenigstens in gewissen Fällen von nekrotischer Ethmoiditis, Veränderungen der seitlichen Wandung finden in Folge der abnormen Erweiterung der Siebbeinzellen, Veränderungen, die Ausgangspunkt

werden für obstruirende Erkrankungen der Nase, ebenso wie Zahnärzte die Erfahrung gemacht haben, dass Erkrankungen des Processus alveolaris der Eckzähne und der Praemolares secundär oder in Gemeinschaft mit degenerativen Erkrankungen der Wandungen und des Bodens der Kieferhöhle auftreten.

V. Nur chirurgische Untersuchung kann hier genau Natur und Ausdehnung der vorhandenen Erkrankung feststellen und Maassnahmen einleiten, die im Besonderen nöthig sind zur Besserung oder Heilung derartig dunkler Fälle.

EMIL MAYER.

21) **König. Studien über einige Orbitaerkrankungen ethmoidalen Ursprungs. (Etude sur quelques complications orbitaires d'origine ethmoidale.)** *Académ. de Médecine. 19. December 1899.*

Es giebt eine Form von nicht eitriger Osteoperiostitis der Orbita, die als Ausgangspunkt eine Entzündung der vorderen Siebbeinzellen hat.

K. hat 3 derartige Fälle bei Kindern beobachtet.

Die Symptome sind folgende:

a) Rothes, glänzendes, schnell eintretendes Oedem der Augenlider;
b) begrenzte Schwellung an der inneren oberen Gegend der Orbita;
c) mangelnde Fluctuation;
d) mangelnde Verdrängung des Augapfels;
e) mangelnde Gesichtsstörung.

Das Oedem verschwindet in einigen Tagen, aber es bleibt ein osteoperiostitischer Tumor, der am Knochen adhärirt.

PAUL RAUGÉ.

22) **Robert H. Craig. Cerebrale Complicationen ausgehend von den accessorischen Nebenhöhlen der Nase. (Cerebral complications caused by extension from the accessory cavities of the nose.)** *N. Y. Medical Journal. 24. März 1900.*

Zweifellos werden manche entzündlichen Producte der Nase durch die Nasenvenen übertragen, welche mit denen der Dura mater anastomosiren. Zuckerkandl konnte demonstriren, durch Injection einer Flüssigkeit in den Sinus longitudinalis superior unmittelbar über der Nasenhöhle, dass die Venen der Schleimhaut der Stirnhöhlen und diejenigen, welche zum Foramen coecum hinführen, ebenso wie die der oberen Hälfte der Nase mit der von oben her injicirten Flüssigkeit erfüllt waren. Die Vena ethmoidalis anterior und posterior münden gewöhnlich direct in den Sinus longitudinalis superior, manches Mal treten sie auch durch die Vena ophthalmica superior in die Meningea ein und seltener durch die V. ophthalmica inferior. Es existirt auch eine Vene, welche durch die Lamina cribrosa durchtritt und in den Sinus longitudinalis superior einmündet oder in die Venen des Tractus olfactorius. Es ist den Nasenspecialisten wohl bekannt, dass Kinder, die an nasalen oder nasopharyngealen Tumoren leiden, weder geistig noch körperlich mit gesunden Kindern verglichen werden können. Verf. bespricht also die Folgen des Druckes der Nasenvenen auf diejenigen der Meningea und illustrirt das durch einen Fall. Wahrscheinlich ruft Druck auf die Nasenvenen Blutstauung in den Venen hervor, die mit denen der Meningea communiciren, und

stört das Gleichgewicht in den meningealen Basalvenen, was secundär auf die Cerebrospinalflüssigkeit im Subduralraum und anderen Lymphräumen des Gehirns einwirkt und Schwindelanfälle verursacht. Diese Theorie ist eine rein mechanische, aber erweist sich als rationell.

Die nasale Aetiologie der Cerebrospinalmeningitis. Weigert hat zuerst gezeigt durch Obduction der Nasenknochen in einem Fall von Cerebrospinalmeningitis, dass die obere Hälfte der Nase und ihre Höhlen einen intensiv entzündlichen Zustand aufwies. Weichselbaum bestätigte und ergänzte diese Befunde an 10 Fällen von tödtlich verlaufener Cerebrospinalmeningitis. In 5 Fällen waren die Nebenhöhlen mitergriffen.

Die Fälle von Huguenin, Ogston, Warner von Meningitis nach Infection einer oder mehrerer Nebenhöhlen sind sehr instructiv. Dreyfuss berichtet über 5 tödtlich verlaufene Fälle von Infection der Highmorshöhlen, 18 tödtliche Fälle von Empyem der Stirnhöhle, 10 tödtliche Fälle nach Infection der Siebbeinzellen und 11 Fälle nach Empyem der Keilbeinhöhle.

Man kann daraus entnehmen, dass die intracraniellen Erkrankungen am häufigsten Thrombosen der Sinus cavernosi als Folge von Empyem der Highmorshöhle darstellen, während der intracerebrale Abscess dem Empyem der Stirnhöhle folgt; die specifische Hirnerkrankung nach Empyem der Siebbeinzellen ist dagegen Meningitis.

LEFFERTS.

23) Lindén (Finland). **Fall von Gehirnabscess im Anschluss an ein Empyem des Sinus frontalis. (Fall af hjärnabscess i Anslutning till empyem i sinus frontalis.)** *Finska Läkaresällskapets Handlingar. S. 772. 1900.*

Der Pat., ein 40jähriger Mann, hat seit seiner Kindheit an chronischem Schnupfen und während der letzten 4—5 Jahre an unregelmässig auftretenden, äusserst intensiven linksseitigen Kopfschmerzen gelitten. Die Schmerzen haben gewöhnlich ca. 24 Stunden angedauert und verschwanden zeitweise für Wochen und Monate. Er erkrankte von neuem am 18. December 1899 mit Fieber, Frösteln und intensiven Schmerzen über der linken Temporalregion. — Druck auf die Gegend des N. supraorbitalis ist sehr schmerzhaft. Kein Ausflusss aus der Nase. 22. December: Die Schmerzen unverändert. Temp. 39—40°, Puls 110. Von der Stirne breitet sich eine erysipelatöse Röthe nach oben auf den haarbedeckten Theil des Kopfes aus. Die Krankheit verlief mit Remissionen und Intermissionen der Schmerzen, vom 10.—22. Januar waren Puls und Temperatur normal. In den letzten Tagen bisweilen Erbrechen und zunehmendes Abstumpfen des Sensoriums. 23. Januar Stauungspapille. 24. Januar Somnolenz, rhinoskopisch (Sondirung der Sinus frontalis) nichts Abnormes. Tremor im rechten Arm und Bein bei Bewegungen. 26. Jan. Temp. 38,8°, Puls 110. 29. Jan. zunehmende Somnolenz. 30. Jan. Tod. Bei der Obduction wurde ein 6 cm weiter dickwandiger Abscess in dem linken Frontallappen gefunden. Die hintere Wand des linken Sinus frontalis ist in einer Strecke von 2 cm sequestrirt und Dura und Pia hier adhärent. Eine directe Verbindung zwischen dem Abscess und dem Sinus frontalis war nicht vorhanden. (Sinus longitudinalis nicht untersucht. Ref.)

SCHMIEGELOW.

24) **Alfr. Denker** (Hagen i. W.). **Rhinogener Frontallappenabscess und extraduraler Abscess in der Stirngegend, durch Operation geheilt.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. X. H. 3. p. 411. 1900.*

D. giebt die ausführliche Krankengeschichte eines vor 6 Jahren operirten Falles. Der Abscess, der von einem Empyem der Stirnhöhle ausging, machte keine Herdsymptome; die Diagnose stützte sich auf die Schwere des Allgemeinzustandes bei Schmerzen in der linken Stirngegend und am Dach der Orbita, ferner auf die Verlangsamung des Pulses und das Verschwommensein der Grenzen der linken Papilla optica. — Ueber die Technik der Operation macht D. bemerkenswerthe Ausführungen. Er hält es bei dem Fehlen von Herdsymptomen für erlaubt, die explorativen Einstiche von der unteren Partie der vorderen Fläche des oberen und mittleren Stirnlappens nach hinten, oben und lateralwärts bis zu einer Tiefe von $2^1/_2$ cm auszuführen. — Erwähnt zu werden verdient, dass der Pat., der nach D.'s Schätzung in Folge der Abscessbildung und der Operation ein Stück seines oberen und mittleren Stirnlappens verloren hat, welches Taubeneigrösse sicherlich erheblich überschritt, ohne jede Störung geheilt ist; selbst eine leichte Schwächung des Gedächtnisses, die Anfangs bestand, ist wieder gänzlich geschwunden.

F. KLEMPERER.

25) **H. J. L. Struycken** (Breda). **Ein Hilfsmittel beim Sondiren der Stirnhöhle. (Een hulpmiddel bij het sondeeren van den sinus frontalis.)** *Tijdschr. voor Geneesk. II. S. 23. 1900. Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. X. p. 154. 1900.*

Um zu entscheiden, ob die Sonde wirklich in die Stirnhöhle angelangt ist, benutzt S. eine neusilberne Sonde, deren oberes, ca. 2,5 cm langes Ende aus dünnem, biegsamem, geknöpftem Stahldraht gemacht ist. Dieses Ende wird vor dem Einführen mittelst eines Hufmagneten so stark wie möglich magnetisirt. Wenn nun die Sonde eingeführt worden, so halten wir vor die Stirn des Pat., der den Kopf gen Osten oder Westen gekehrt hat, ein kleines Kompasschen, dessen Nadel unter gewöhnlichen Umständen der Stirn parallel gerichtet sein würde, die jetzt aber, unter dem Einfluss des Magneten, mehr oder weniger stark abweicht. Indem man das Compasschen an verschiedene Stellen bringt, lässt sich aus dem Maass und der Richtung der Abweichung der Nadel die Lage der Sonde ableiten, auch die Dicke der vorderen Sinuswand abschätzen.

H. BURGER.

26) **Glatzel** (Berlin). **Bemerkungen zur Sondirung der Stirnhöhle.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XI. H. 1. p. 155. 1900.*

G. hat die von Struyken angegebene Methode geprüft und hält sie, wenn sie auch „in geeigneten Fällen zweifellos brauchbar" ist, doch nicht für zuverlässig und in allen Fällen brauchbar. Beim Gebrauch einer vernickelten Sonde erzielte er keinen Ausschlag der Magnetnadel. Mit einem nicht vernickelten und aus härtestem Stahl gefertigten Sondenende, das so magnetisch gemacht wurde, dass die Nadel bei einer Entfernung von 2—2,5 cm Entfernung um 45^0 ablenkte, erzielte er ein positives Resultat. Doch würde nach G.'s Annahme in solchem Falle die Nadel auch einen Ausschlag geben, wenn das Sondenende in

einer der vorderen Siebbeinzellen läge; der Ausschlag beweist also nicht, dass die Sondirung der Stirnhöhle gelungen ist. Zur sicheren Orientirung über die Lage der Sonde in der Stirnhöhle ist nach G. die aktinoskopische Untersuchung das geeignetste Verfahren. F. KLEMPERER.

27) **Valude. Ueber die Mucocele der Stirnhöhle. (De la mucocèle du sinus frontal.)** *Annales d'oculistique. December 1899.*

Verf. publicirt einen derartigen seltenen Fall und gleichzeitig sehr eingehende Studien darüber. Die Mucocele, die meist einseitig ist, beginnt langsam, heimlich, ohne grosse Schmerzen; als erstes Symptom tritt eine fronto-orbitale Schwellung auf. In diesem Moment kann man sogar an einen Thränendrüsentumor denken. Bei voller Entwicklung ist die Diagnose dann leichter. Ein runder weicher Tumor sitzt am inneren oberen Orbitawinkel; er unterscheidet sich vom Empyem durch die Indolenz und den langsamen Verlauf. Man kann stets nur eine sero-mucöse Flüssigkeit daraus gewinnen. Die Ursache einer Mucocele liegt in einer Obstruction des Frontonasalcanals. Zur Behandlung ist die Punction ungenügend. Der Sinus muss eröffnet und curettirt werden; wenn der Frontonasalcanal noch nicht obliterirt ist, soll die Drainage desselben von der Wunde aus vorgenommen werden. Wenn, wie bei der eitrigen Stirnhöhlenentzündung, nur einfach ein zu enger Canal vorhanden ist, muss eine breite Communication mit der Nase und eine frontonasale Drainage geschaffen werden. A. CARTAZ.

28) **G. Avellis** (Frankfurt a. M.). **Die Entstehung der nicht traumatischen Stirnhöhlenmucocele.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. XI. H. 1. p. 64. 1900.*

A. beschreibt einen Fall von sog. chronischer Stirnhöhlenmucocele, bei dem er sich überzeugte, dass gar keine Erkrankung der Stirnhöhle vorlag, sondern eine nicht-entzündliche cystische Knochenblasenbildung des Siebbeins, die die Zwischenwände des Siebbeinlabyrinths zerstört hatte und so weit in die Stirnhöhle vorgedrungen war, dass sie die orbitale Wand derselben vorwölbte und die Stirnhöhle selbst verdrängte, genau so, wie eine Zahncyste die Kieferhöhle verdrängt. Wahrscheinlich hatte die Knochenblasenbildung in den vordersten Zellen des Siebbeins, vielleicht direct in den Cellulae frontales begonnen. Die Schmerzlosigkeit, die über Jahre sich erstreckende allmähliche Entwicklung solcher Fälle, das Vorkommen von Cholestearinkrystallen, das Fehlen von Bakterien u. a. m. erklärt sich nach A. einfach, wenn man die Stirnhöhlenmucocele nicht mit Killian als Sinuitis frontalis chronica cum dilatatione, sondern als Knochenblasenbildungen des Siebbeins ansieht. Da es sich meist um einkammerige grosse Cysten handelt, empfiehlt A. eine rein endonasale Behandlung zu versuchen. F. KLEMPERER.

29) **Valude** (Paris). **Cystische Erweiterung des Sinus frontalis. (Dilatation kystique du sinus frontal.)** *Société d'ophtalmol. de Paris. 5. Dec. 1899.*

Ein Kranker weist im Niveau des Thränensackes einen Tumor auf, welcher anfänglich für einen Tumor der Thränendrüse gehalten wurde. In Wirklichkeit handelte es sich um eine cystische Erweiterung des Sinus frontalis. Die

Punction ergab eine colloide Flüssigkeit. Der Sinus wurde trepanirt, curettirt, drainirt. Nach 18 Tagen war alles geheilt. PAUL RAUGÉ.

30) **Coppez** und **Depage. Riesenosteom des Sinus frontalis. (Ostéome géant du sinus frontal.)** *Journ. Méd. de Bruxelles. No. 23. 1900.*

20jähriges Mädchen mit rechtsseitigem Exophthalmos. Die Radiographie zeigte einen billardkugelgrossen Tumor im Bereiche des Sin. frontalis. Bei der Operation musste, um den Tumor, welcher in die Schädelhöhle hineingewachsen war, entfernen zu können, das ganze Schädelgewölbe über demselben resecirt werden. Vollständige Heilung! Die Geschwulst, welche sich als Elfenbeinosteom herausstellte, wog 283 g und bildet das grösste Specimen, welches bis jetzt auf operativem Wege mit Erfolg entfernt worden ist. BAYER.

31) **A. H. Burgess. Behandlung der Necrose des Stirnbeins. (The treatment of necrosis of the frontal bone.)** *N. Y. Med. Record. 28. April 1900.*

Verf. behandelt die Ulceration mit einer Salzsäurelösung, die stark genug ist, um die Kalksalze des entblössten Knochens aufzulösen, d. i. 10proc. Es wird eine doppelte Lage Leinwand damit getränkt, dieselbe nach der Form der nekrotischen Stelle zugeschnitten und mit einer Lage von Guttapercha bedeckt. Darüber kommt eine Leinwandschicht mit Borsalbe bestrichen, ein Stück Watte zum Aufsaugen und eine Binde. Der Verband bleibt 24 Stunden liegen, dann wird das Ulcus mit Borsäurelösung gewaschen und gepulvertes Pepsin leicht über die Oberfläche gestreut. Eine mit 0,2proc. Salzsäure getränkte Leinwand wird nun wieder wie zuerst applicirt. Der Verband wird am nächsten Tage wieder entfernt und durch den starken Säureverband ersetzt und so weiter abwechselnd. So wird der Knochen allmählich gelöst, die nekrotischen Partien abgestossen und eine gut granulirende Oberfläche geschaffen. Unter dem Borsäureverband schreitet die Vernarbung weiter fort und das Ulcus überkleidet sich mit Epithel. LEFFERTS.

32) **John D. Paige. Stirnhöhlenempyem. (Empyem of frontal sinus.)** *Boston Medical and Surgery Journal. 5. April 1900.*

In P.'s Falle bestand ein Empyem beider Highmorshöhlen, doppelseitiges Empyem der Siebbeinzellen und ein Empyem der linksseitigen Stirnhöhle. Die Highmorshöhlen wurden durch die Alveolen eröffnet und drainirt, dann wurden die Siebbeinzellen eröffnet und curettirt, die Stirnhöhle durch die erweiterte natürliche Oeffnung irrigirt, wodurch der Ausfluss sowie die ganzen Symptome wesentlich gebessert wurden. Verf. hält übrigens die Eröffnung der Stirnhöhle durch die Nase für nicht so gefährlich, als manche Autoren glauben. EMIL MAYER.

33) **William C. Braislin. Empyem der Stirnhöhle. (Empyema of frontal sinus.)** *Brooklyn Medical Journal. Mai 1900.*

B. hält bezüglich der Diagnose das Erscheinen von Eitertropfen unter dem vorderen Rande der mittleren Muschel für charakteristisch, wo er sie in ziemlich dünnflüssigen, grünlichen Tropfen oder als rahmiger, gelatinöser Eiter zum Vorschein kommen.

In dem von B. berichteten Falle bestanden weder Polypen noch andere pa-

thologische Zustände von Verstopfung der Nase; deshalb muss man annehmen, dass sich hier die Erkrankung allein unter dem Einfluss des specifischen Influenzabacillus entwickelt hat.

EMIL MAYER.

34) F. T. Rogers. **Ein Fall von Stirnhöhlenempyem. (A case of empyema of the frontal sinus.)** *Journal of Eye, Ear and Throat Diseases. März, April 1900. Providence Medical Journal. April 1900.*

Beide Sinus waren ergriffen. Heilung durch Operation.

EMIL MAYER.

35) W. R. Thompson. **Empyem der Stirnhöhle. (Empyema of the frontal sinus.)** *Texas Courier-Record of Medicine. Februar 1900.*

In 3 von 4 Fällen wurde die Radicaloperation ausgeführt und silberne Canülen eingelegt, die monatelang liegen blieben.

EMIL MAYER.

36) Thomas R. Pooley. **Necrose und Empyem der Stirnhöhle. (Necrosis and empyema of the frontal sinus.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Mai 1900.*

Mittheilung eines Falles, in welchem eine Fistel bestand und die Operation von aussen mit Drainage durch die Nase ausgeführt wurde bei einem syphilitischen Kranken mit Ausgang in Heilung.

EMIL MAYER.

37) Thos. J. Harris. **Combinirte Stirnhöhlen- und Mastoiderkrankung. (Associated frontal sinus and mastoid disease.)** *Laryngoscope. April 1900.*

In einem Falle von operirtem Warzenfortsatz wurden die Schmerzen über der Stirnhöhle, die schon vorher existirt hatten, viel schlimmer nach der Injection von Wasserstoffsyperoxyd in die Nase. Die Operation der Stirnhöhle von aussen ergab keinen Eiter; auf Jodkaliumverabreichung aber trat wesentliche Besserung ein. Verf. ist nicht ganz überzeugt, dass es sich nicht um ein Keilbeinhöhlenempyem handelte.

EMIL MAYER.

38) George E. Shambough. **Ein Fall von chronischer Eiterung der Stirnhöhle, Kiefer- und Keilbeinhöhle der einen Seite des Kopfes ohne Complication. (A case of chronic suppuration involving the frontal, maxillary and sphenoidal sinuses on one side of the head, with no complication.)** *Chicago Medical Record. Mai 1900.*

Der Titel giebt den Inhalt.

EMIL MAYER.

39) Robert Sattler. **Verletzungen der Stirnhöhle und vorderen Siebbeinzellen und ihre chirurgische Behandlung. (Lesions of the frontal sinus and anterior ethmoidal cells and their surgical management.)** *Annals of Otology, Rhinology and Larynyology. Mai 1900.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

40) Broekaert. **Bemerkungen zu einem Falle von Sinusitis fronto-ethmoid., operirt nach Luc. (A propos d'un cas de sinusite fronto-ethmoidale, opéré d'après le procédé de Luc.)** *Bulletin de la Soc. Méd. de Gand. October 1900. La Belge Méd. 38. 1900.*

In der Sitzung der Genter med. Gesellschaft vom 4. September 1900 stellt

B. einen Kranken vor, bei welchem er wegen einer Sinusitis fronto-ethmoidalis die doppelseitige Eröffnung beider Sinus frontales nach Luc mit vollkommenem Erfolge vorgenommen hatte. BAYER.

41) **Winckler. Zur Behandlung der Stirnhöhleneiterung.** *Münch. med. Woch. No. 3. 1900. N. Y. Med. Record. 10. Februar 1900.*

W. hält die Methode von Jansen nur dann für indicirt, wenn durch die Eiteransammlung in der Stirnhöhle bezw. im Siebbein das Auge in sichtbarer Weise in Mitleidenschaft gezogen ist. Auch die Kuhnt'sche Methode genügt nicht für alle Fälle; ferner tadelt W. die oft zurückbleibende Entstellung des Gesichts; die Wegnahme der vorderen Wand ist nur gestattet bei Fistelbildung oder Necrose der Knochen. Die Ausräumung des Siebbeins von der Stirnhöhle her — die W. in allen Fällen für wünschenswerth hält, ist bei der Operation nach Kuhnt sehr schwer. Am besten ist die osteoplastische Resection nach Czerny und Küster. Zur Nachbehandlung empfiehlt sich eine trockene Gazetamponade. SCHECH.

42) **Sandelin** (Helsingfors). **Radicaloperation für Empyem des Sinus frontalis. (Radikaloperation för Empyem i sinus frontalis.)** *Finska Läkaresällskapets. S. 881. 1900.*

S. stellt 2 Patienten vor, die er wegen Empyem des Sinus frontalis radical operirt hat.

1. 23jährige Patientin, die 8 Jahre alt im Anschluss an Morbilli ein Empyem bekommen hatte. Die vordere und untere Wand des Sinus war stark hervorgewölbt; das Auge war $2^1/_2$ cm nach aussen und 1 cm nach unten verschoben. Die Höhle, die ca. 200 ccm dicken, übelriechenden Eiters enthält, wurde mittels Wegnahme der vorderen und unteren Wand geöffnet. Später wurde der Defect mittels Hautperiostlapppens von der Stirn gedeckt.

2. In dem anderen Falle war das Empyem auch in der Kindheit entstanden und hatte folgende Dimensionen: 6 cm lang, 5 cm breit, $2^1/_2$ cm tief. Die Höhle wurde in folgender Weise geöffnet: Mittels zweier verticaler Schnitte und eines horizontalen Schnittes wurde die vordere Wand durchtrennt und nach oben geklappt. Nachdem die Höhle im Laufe von $2^1/_2$ Wochen behandelt war, wurde der Lappen wieder zurückgeschlagen und fest genäht. SCHMIEGELOW.

43) **Herbert Tilley. Chronisches Empyem der Stirnhöhle; mit Bemerkungen über seine Behandlung in 14 Fällen. (Chronic empyema of the frontal sinus with notes on the treatment of 14 cases.)** *Lancet. 14. Juni 1900.*

Kurze anatomische Beschreibung und Darstellung der Symptome von 14 Fällen.

Intranasale Irrigationen sind selten von Erfolg. Es ist gefährlich, die Stirnhöhle von der Nase aus zu eröffnen. Verf. tritt durchaus für die Radicaloperation von aussen ein (mittels welcher er glänzende Erfolge erzielt hat. Red.).

ADOLPH BRONNER.

44) **Lenzmann. Zur Nachbehandlung operirter chronischer Stirn- und Kieferhöhleneiterungen.** *Münch. med. Woch. No. 15. 1900.*

L. leitet nach Eröffnung und Ausspülung der Höhlen strömenden Wasserdampf ein von einer Temperatur von 105-112° C. während 10-12 Secunden. Da-

durch wird die oberflächliche infiltrirte Schicht der Schleimhaut verbrüht und stösst sich nach einigen Tagen ab, aus der pyogenen Membran wird eine reine, bald vernarbende Wundfläche. Die weitere Behandlung besteht in Offenhalten der Operationsöffnung und täglicher Ausspülung mit physiologischer Kochsalzlösung. L. will in 7 Fällen Heilung in 2—3 Wochen erzielt haben. SCHECH.

45) **O. Jacob. Catheterisirung der Keilbeinhöhle. (Catheterisme du sinus sphénoidal.)** *Bull. Soc. Anat. de Paris. November 1899.*

J. übt Kritik an der Katheterisation durch die oft zu enge Riechspalte. Er berichtet über seine Erfahrungen und Versuche an 20 Patienten, bei denen er folgende Vorstellung von den anatomischen Verhältnissen gewann: Die Dachwölbung der Nasenhöhlen stellt eine concave Rinne dar, die sich nach vorn in die Partien fortsetzt, welche dem äusseren Nasenrücken entsprechen und nach hinten in das Pharynxgewölbe. Diese Rinne ist im Niveau der Siebplatte des Siebbeins auf der Höhe der Wölbung, nicht breiter als 2 mm; von da ab wird sie wieder breiter. Am Grund dieser Rinne befindet sich die Mündung des Sinus sphenoidalis. Man nimmt eine Hard'sche 2 mm-Sonde und verfolgt mit ihr das Dach der Fossa nasalis von vorne nach hinten. Wenn man am hinteren Winkel der Wölbung (Verbindung des Sieb- und Keilbeins), gegen welchen der convexe Theil des Katheterschnabels anstösst, angelangt ist, braucht man ihn nur leicht etwas nach aussen zu richten und bemerkt dann schon, wie er in den Sinus gleitet. Es ist lediglich die convexe Seite des Sondenschnabels mit dem Dach der Nasenhöhle in Contact, also kann die Siebplatte des Siebbeins nicht verletzt werden, an der entlang das Instrument seinen Weg verfolgt, wenn es sich der Sinusmündung nähert. A. CARTAZ.

46) **Jacob. Verlängerung der Keilbeinhöhle in die grossen Flügel des Keilbeins. (Prolongement du sinus sphénoidal creusé dans les grandes ailes du sphénoide.)** *Bulletin société anatomique de Paris. April 1900.*

Demonstration von Präparaten von einem 46jährigen Manne, bei welchem die Verlängerung der Sinus in die Keilbeinflügel sehr ausgesprochen war. Dieselben reichten thatsächlich noch über die Foramina ovalia hinaus.

Im normalen Zustande erreicht die Höhle das Foramen ovale nicht, sondern bleibt etwa 8—10 mm weit entfernt. In $^1/_6$ der Fälle — der Verf. hat 150 Fälle untersucht — erreicht sie das Foramen rotundum magnum und das Foramen ovale. Einmal unter 15 Fällen ging sie darüber hinaus und setzte sich mehr oder weniger im Dach der Fossa pterygo-maxillaris fort. A. CARTAZ.

47) **Samuel Lodge jr. Ein Fall von tödtlicher Keilbeinhöhleneiterung. (A case of fatal sphenoidal suppuration.)** *Laryngoscope. März 1900.*

Patient starb 23 Tage nach der Aufnahme ins Hospital. Es handelte sich um eine specifische Erkrankung.

Bei der Autopsie fand sich die Basis cerebri in dicken grünlichen Eiter eingebettet, besonders in der Nachbarschaft der Zirbeldrüse; der Eiter breitete sich rückwärts auf Pons und Medulla aus. Kein Gehirnabscess; die Ventrikel mehr als normal gefüllt.

Rechts von der Sella turcica bestand eine Nekrose der Wände des Keilbeinsinus. Die Sonde passirte leicht von der Schädelbasis durch die Keilbeinhöhle in die Nase. Die Höhle war erfüllt mit dickem Schleim und Eiter. Sinus cavernosus nicht thrombosirt. Das rechte eröffnete Antrum Highmori enthielt etwa 4 ccm dicken eiweissähnlichen Schleim.

Verf. ist der Ansicht, dass viel, wenn nicht alles, hätte erreicht werden können durch eine vorsichtige, aber entschlossene Operation. EMIL MAYER.

48) **Coppez und Lor. Neuritis optica und Sinusitis sphenoidalis. (Névrite optique et sinusite sphénoidale.)** *La Presse Méd. Belge. No. 1. 1900.*

Neuritis optica, verursacht durch eine Sinusitis sphenoidalis derselben Seite bei einem 22jährigen Mädchen. Das Gesicht hat sich, ohne dass dem Grundübel — wegen Verweigerung jedweden chirurgischen Eingriffs von Seiten der Patient. — gesteuert worden wäre, auf dem kranken Auge ganz befriedigend wieder eingestellt. Belg. ophthalmol. Gesellschaft, Sitzung vom 26. Nov. 1899. BAYER.

49) **Vince. Fall von Empyem des Sin. sphenoidalis mit Perforation der Basilarapophyse. Tod. (Cas d'un empyème du sinus sphénoidal avec perforation de l'apophyse basilaire; mort.)** *La Clinique. No. 7. 1900.*

In der Sitzung des „Cercle Médical" von Brüssel am 2. Februar 1900 beschreibt V. an der Hand des anatomischen Präparats den Fall eines Empyems des Sin. sphenoid. mit Durchbruch der Basilarapophyse und dadurch herbeigeführtem Tod. BAYER.

50) **Joseph A. Blake. Sarcom der Keilbeinhöhle vor 3 Jahren und 8 Monaten entfernt ohne Recidiv. (Sarcoma of the sphenoidal sinus, removed three years and eight months ago without recurrence.)** *N. Y. Medical Record. 21. April 1900.*

Die linke Nasenhöhle war vollständig mit einem grossen Tumor ausgefüllt, aber es bestand keinerlei Betheiligung der Kaumuskeln. Ein Theil des Tumors wurde zwecks Untersuchung entfernt und als Rundzellensarkom befunden. Nach vorsichtiger Ligatur der Carotis externa wurde die Entfernung des Tumors einige Tage später unternommen. Der Tumor war bröckelig und wurde leicht mit den Fingern enucleirt. Die Frau machte eine ungestörte Heilung durch und verliess das Spital zwei Wochen später. LEFFERTS.

51) **Gherardo Ferrari. Neubildungen der Keilbeinhöhle. (Sui neoplasmi del seno sfenoidale.)** *Archiv. Italiano di Otologia. Vol. III. Heft IV. 1900.*

Der Fall, von dem ausgehend Ref. seine allgemeinen Ausführungen über Keilbeinhöhlen-Affectionen macht, kann wohl kaum als Paradigma für einen Tumor des Sinus sphenoidalis gelten. Es handelt sich vielmehr allem Anschein nach um ein Fibrosarcom des Nasenrachenraums, das nach oben in die Schädelhöhle und nach vorn zu in die Keilbein- und Siebbeinhöhle weiter gewuchert ist. FINDER.

52) **Wm. L. Ballenger. Eitrige und nichteitrige Siebbeinentzündung. (Suppurative and non-suppurative ethmoiditis.)** *The Med. Standard. April 1900.*

Die Diagnose der letzteren scheint gestellt worden zu sein, weil Schmerz über dem Nasenrücken und in den Augen bestand. Verf. empfiehlt die Inhalation von 10proc. Lösung von Menthol und Chloroform zur Erleichterung der Schmerzen. (Nicht ungefährlich, einem Patienten in die Hand zu geben! Ref.) EMIL MAYER.

53) **Antonelli. Siebbein-Stirnhöhlen-Entzündung nach Orbitaentzündung ausgehend von Dacryocystitis. (Sinusite éthmoido-frontale suite de cellulite orbitaire provoquée par une dacryocystite.)** *Société d'ophthalmologie de Paris. 6. Februar 1900.*

Eine 29jährige Kranke, die wegen Dacryocystitis operirt war, hatte über dem Thränensack einen weichen Tumor von der Grösse einer dicken Bohne. Incision. Die Untersuchung der inneren Höhlung dieses Abscesses erwies mehrere cariöse Stellen an der inneren Orbitalwand. Zwei Monate später traten Zeichen von acuter Siebbein-Stirnhöhlenentzündung auf: Heilung.

A. vermuthet, dass der Process sich vom Thränensack auf das Gewebe der Orbita und dann auf das Siebbeinlabyrinth ausgedehnt hat. PAUL RAUGÉ.

54) **Wm. Bayard Shields. Ethmoiditis. (Ethmoiditis.)** *Medical Mirror. Jan. 1900.*

Verf. hat 5 derartige Fälle behandelt durch Abtragung der ganzen mittleren Muschel mit der Schlinge! In dem kurzen Artikel citirt er den Namen Hajek's 3 mal, als Hajak und Hagak. EMIL MAYER.

55) **Frank S. Milbury. Eitrige Siebbeinentzündung und ihre Behandlung. (Suppurative ethmoiditis and its treatment.)** *N. Y. Med. Journal. 20. Jan. 1900.*

Während der letzten 8 Jahre kamen 39 Fälle eitriger Ethmoiditis in Behandlung des Verf.'s, über die er berichtet.

In den 39 Fällen war die Kieferhöhle 16 mal mitbetheiligt; 8 waren cariös, in 11 Fällen bestand eine Eiterung der ganzen Cellularstructur: vordere Betheiligung fand sich in 28 Fällen. LEFFERTS.

56) **Sundholm** (Helsingfors). **Fall von operativ behandeltem Falle von Empyem des Sinus ethmoidalis. (Fall af operativ behandladt Fall af Empyem i Sinus ethmoidalis.)** *Finska Läkaresällskapets Handlingar. S. 697. Juni 1900.*

Näheres fehlt. SCHMIEGELOW.

57) **P. Jacques** und **G. Michel. Beitrag zum Studium der zahnhaltigen Cysten des Oberkiefers und ihre Beziehungen zur Kieferhöhle. (Contribution to the study of dentigerous cysts of the superior maxilla and their relations with the maxillary sinus.)** *N. Y. Medical Record. 19. Mai 1900.*

1. Cysten externen Ursprungs, die um die Wurzeln der Schneidezähne, der Eckzähne und zuweilen der Praemolaren herum entstehen. Dieselben haben ausgesprochene Tendenz, sich gegen die Fossa canina zu entwickeln, zwischen die

beiden Platten des Kiefers. In der Regel giebt die äussere Platte nach, da sie die dünnere ist. Auf diese Weise wird die vordere Wand des Antrum nach aussen gedrängt. Endlich fühlt der Finger das charakteristische knisternde Gefühl.

2. Cysten, die vom Sinus ausgehen. In der Regel stellen sie einen Hohlraum in der Wand des Sinus dar, ohne durchzubrechen, so dass zwischen ihr und der Highmorshöhle keine Communication besteht. Zuweilen kommt es jedoch vor, dass eine solche doch vorhanden ist. In dem ersteren der beiden Zustände muss nach Zahnextraction eine zweckmässige Drainage eingeleitet werden, in dem letzteren dagegen ist eine klinische Operation zur Oeffnung und Drainage der Highmorshöhle erforderlich.

LEFFERTS.

58) **Ralph J. Werner. Fremdkörper in der Kieferhöhle. (Foreign body in maxillary sinus.)** *Journal Amer. Med. Ass. 17. Februar 1900.*

Fremdkörper verursachen nicht immer Empyeme. Pat. war $3^1/_2$ Jahr alt, die Erkrankung begann mit eitrigem Ausfluss aus der Nase, und Vorwölbung des linken Auges und Gaumens. Es wurde acutes Empyem der Highmorshöhle für wahrscheinlich gehalten, Wärmeapplicationen, sowie Belladonna und Strychnin ordinirt und auf diese Weise der Ausfluss sowie die Prominenz des Auges beseitigt. Der Zustand wurde dann wieder schlimmer, der Ausfluss nahm zu, Schwellung des Gesichts und der Augenlider trat ein, ferner eitrige Conjunctivitis sowie Keratitis. Temperatur 39; 150 Pulse. Die Bewegungen des rechten Armes waren schmerzhaft. Sinusthrombose, Empyem der Keilbeinhöhle und Siebbeinhöhle waren ausgeschlossen. Es wurden Eiter und ein Zahn in der linken Highmorshöhle gefunden. Das Auge wurde enucleirt. Ein anderer Zahn wurde später gefunden. Die Geschwulst am Gaumen nahm schnell an Grösse zu und schliesslich trat der Tod ein. Die Geschwulst erwies sich als Riesenzellensarcom.

EMIL MAYER.

59) **Gulikers. Vorzeigen eines bernsteinernen Pfeifenröhrenstücks entfernt aus dem Sinus maxillaris eines jungen Mannes. (G. présente un tuyau de pipe en ombre extrait du sin. maxill. chez un jeune homme.)** *Annal. de la Soc. Méd. Chir. de Liège. No. 5. 1900.*

G. zeigte in der Sitzung der Medic.-chir. Gesellschaft von Lüttich am 5. April 1900 ein Stück einer bernsteinernen Pfeifenröhre vor, welches er aus dem Sin. maxill., worin es mehrere Monate verweilt, entfernt hatte.

BAYER.

60) **Matthew H. Cryer. Infectionsmodus der Kieferhöhle. (Modes of infection of the maxillary sinus.)** *University Medical Magazine. Mai 1900.*

Die Oeffnungen der Stirnhöhle und der vorderen und mittleren Siebbeinzellen münden in den Hiatus semilunaris. Der rinnenförmige Gang geht nach abwärts und hinten und nimmt den Ausführungsgang der Kieferhöhle auf, wobei der Processus uncinatus die Oeffnung der letzteren verlegt. Chirurgen sprechen oft davon, dass eine „Sonde" von der Nase in die Kieferhöhle passiren kann. Es ist das eine Unmöglichkeit, ausgenommen in pathologischen Fällen und bei hohem Alter. Durch den Hiatus semilunaris finden Flüssigkeiten aus Kiefer- und Stirnhöhle und Siebbeinzellen ihren Austritt in die Nase.

Die Schwellung der Bulla ethmoidalis oder Entzündung ihrer Schleimhaut verschliesst das Orificium; das Secret kann nicht passiren und senkt sich natürlich in die Kieferhöhle, wo es sich dann am Boden sammelt. Darin liegt nach Verf.'s Ansicht die Hauptquelle der Infection dieser Höhle. EMIL MAYER.

61) **T. G. Turner. Catarrh und Eiterung der Highmorshöhle. (Antral catarrh and suppuration.)** *N. Y. Medical Record. 17. März 1900.*

Turner betont, dass die Ursache von Highmorshöhleneiterung gewöhnlich vom benachbarten Sinus und der Nase ausgeht. Die dritten Molaren können wie Fremdkörper Antrumeiterungen verursachen. Bei der Durchleuchtung muss die Lampe central im Munde placirt werden und beide Seiten verglichen werden hinsichtlich Pupillenbeleuchtung, Wahrnehmung des Lichtes durch den Patienten, Lichtquantum, das unter dem Orbitalrand sowie durch die Wange durchdringt. Chronische Fälle heilen schwer. LEFFERTS.

62) **W. B. Platt. Empyem der Highmorshöhle bei einem Kinde. (Empyema of antrum in an infant.)** *Journal Amer. Med. Assoc. 17. Februar 1900.*

Ein Kind leidet an chronischem Empyem der Highmorshöhle von Geburt an. Es bestanden Fisteln mit Ausfluss unter dem Auge und in dem Mund. Specifische anamnestische Momente sind in der Krankengeschichte nicht vorhanden und Verfasser führt die Erkrankung auf eine Infection durch die Nasenlöcher bei der Geburt zurück. Es wurde ein Zahn extrahirt, und durch Drainage und Borsäurespülungen der Fall zur Heilung gebracht. EMIL MAYER.

63) **P. G. Goldsmith. Chronische Eiterung der Highmorshöhle. (Chronic suppuration of the antrum of Highmore.)** *Dominion Med. Monthly (Canada). Juni 1900.*

Bericht über einen Fall. EMIL MAYER.

64) **Paquet. Studien über die Kieferhöhlenentzündung und ihre orbito-oculären Complicationen. (Etude des sinusites maxillaires et de leurs complications orbito-oculaires.)** *Thèse de Lille. 1900.*

Sehr eingehende Studie über die Kieferhöhlenentzündung. Nach einer anatomischen Beschreibung des Sinus bespricht der Autor die zwei Formen der Entzündung: die acute und die chronische. Die Aetiologie der Entzündung geht seiner Ansicht nach viel häufiger von der Nase, als von den Zähnen aus.

Die Symptome der katarrhalischen und eitrigen Sinusitis werden sorgfältig beschrieben. Complicationen treten sehr häufig ein und sind entweder auf directe Propagation der entzündlichen Processe oder auf Verbreitung durch Lymph- oder Venenbahnen zurückzuführen.

Verf. betont besonders die orbito-oculären Complicationen, und als häufigste die Osteoperiostitis der Orbita, weiterhin die Dakryocystitis, Phlegmone der Orbita, Iritis, Neuritis optica etc.

Im letzten Capitel bespricht Verf. die Behandlung. Acute Entzündung der Highmorshöhle bedarf keiner chirurgischen Behandlung; die beste Behandlung der chronischen Entzündung ist Trepanation durch die Fossa canina. A. CARTAZ.

65) **G. Hunter Mackenzie. Die Diagnose des chronischen Kieferhöhlenempyems. (The diagnosis of chronic empyema of the maxillary antrum.)** *The Scottish Med. and Surg. Journal. April 1900.*

Nach einer Besprechung der gewöhnlichen Symptome der Kieferhöhleneiterung, betont Verf., dass auch Eiter im Antrum vorkommen kann, ohne dass eitriger Ausfluss vorher besteht. Er berichtet über 2 klinisch interessante Fälle. Im einen Fall bestand nur ein Ausfluss in der hinteren Nase, im anderen war überhaupt kein Nasenausfluss vorhanden, dagegen ein übler Geruch, der vom Pat. nur in der linken Nasenhälfte vermerkt und localisirt wurde. Im ersten Fall handelte es sich um eine Dame, bei welcher Eiter in der hinteren Nase und Nasopharynx entdeckt wurde, aber bei der Rhinoskopia anterior kein Ausfluss constatirt werden konnte. Die Durchleuchtung ergab eine deutliche Verdunkelung der linken Wange gegenüber der rechten, und bei der Probepunktion wurde Eiter in dem linken Antrum entdeckt. Im zweiten Fall klagte ein Mann über sehr hartnäckigen üblen Geruch aus der Nase. Es bestand weder Ausfluss, noch irgend eine sichtbare sonstige Anomalie. Die Durchleuchtung ergab eine Opacität der linken Wange und es wurde bei der Punktion Eiter gefunden.

A. LOGAN TURNER.

66) **F W. Hinkel. Chronisches Empyem der accessorischen Nasenhöhlen mit Eröffnung des Antrum, der Stirnhöhle, der Siebbeinzellen und der Keilbeinhöhle. (Chronic empyema of the nasal accessory sinuses in which the antrum, frontal-sinus, ethmoid cells and sphenoidal sinus have been opened.)** *Buffalo Medical Journal. Mai 1900.*

Ein Fall wird berichtet, über dessen Verlauf der obige Titel hinreichend Auskunft giebt.

EMIL MAYER.

67) **Goris. Fall von Pansinusitis unilateralis operirt in einer Sitzung. (Un cas de pansinusite unilatérale opéré en une séance.)** *Annal. de la Soc. Belge de Chir. No. 8. 1900.*

Vermittelst temporärer Resection der aufsteigenden Apophyse des Oberkiefers schaffte sich G. einen Zugang zur Nasenhöhle und deren Nebenhöhlen, welche er von necrotischem Knochen und käsigem Eiter befreite.

Vollständige Heilung und Verschwinden des fötiden Geruches.

BAYER.

68) **O. Seifert. Diagnose und Behandlung der Sinusaffectionen. (Diagnosis and treatment of sinus affections.)** *N. Y. Medical Record. 3. Februar 1900.*

S. wendet zur Diagnose dieser Gruppe von Nasenerkrankungen eine Procedur an, die er „negatives Politzern“ nennt. Nach Reinigung und Cocainisirung der Nasenhöhlen führt er in ein Nasenloch einen comprimirten Ballon ein, den er dann, während der Patient einen Mund voll Wasser hinunterschluckt, sich wieder ausdehnen lässt. Durch dieses Ansaugen wird der Sinusinhalt in die Nasenhöhle getrieben. S. betont, dass dieses Verfahren auch zur Heilung von chronischen Fällen dienen könne.

LEFFERTS.

69) **Suarez de Mendoza. Ueber die Verwendung der Sinuskopie zur Feststellung der operativen Indicationen bei Erkrankungen der Kieferhöhle. (Sur l'emploi de la sinuscopie vraie pour préciser les indications operatives dans les affections du sinus de la face.)** *Progrès méd. 10. März 1900.*

Zur sicheren Entscheidung der Diagnose, sowie der Indication für die chirurgische Radicalbehandlung, im Fall keine Eiterung besteht, verfährt S. folgendermaassen: Er macht eine Probepunktion durch den Meatus inferior; wenn dieselbe die Anwesenheit von Eiter bestätigt, muss die einfache Eröffnung des Sinus durch die Alveole oder den Meatus inferior vorgenommen werden. Zweimal täglich wird die Ausspülung während der zwei oder drei folgenden Tage vorgenommen. Verf. führt die Sinusskopie aus, indem er durch die Alveolen- oder Meatusöffnung eine kleine elektrische Lampe einführt; wenn man Wucherungen constatiren kann, so nimmt man das Curettement vor, sei es durch die erweiterte Alveolenöffnung oder durch die eröffnete Fossa canina. Wenn die Schleimhaut in gutem Zustande ist, kommt man mit antiseptischen Injectionen aus.

A. CARTAZ.

70) **Leon T. de Wald. Ein Fall von Carcinom der Highmorshöhle. (A case of carcinoma of the antrum of Highmore.)** *N. Y. Medical Record. 17. Februar 1900.*

Verf. demonstrirt Präparate von einem 45j. Manne. Die Erkrankung war vor dem Tode nicht diagnosticirt worden, und es war in der That schwer, die Geschwulst in der Highmorshöhle zu finden. Die Autopsie ergab einen die Fossae nasala obstruirenden Tumor, der von der linken Highmorshöhle ausging, und in die Fossae nasales eindrang. Von hier war er durch Keil- und Siebbein in die vordere Schädelhöhle gewuchert und hatte dort eine 2:1,5 cm grosse Geschwulst erzeugt, die auf den linken Stirnlappen drückte. Der Tumor war auch durch die Orbitalplatte des Stirnbeins und hinten durch die Fissura sphenoidalis in die mittlere Schädelgrube eingedrungen, wo sich eine 1:0,5 cm grosse Geschwulst fand. welche auf Temporal- und Sphenoidallappen des Gehirns einen Druck ausübte. Desgleichen hatte sich der Tumor auch nach unten durch den harten Gaumen vorgedrängt und die Mundschleimhaut in Mitleidenschaft gezogen, dann bis zum Pharynx ausgedehnt unter Betheiligung der Hals- und sogar Bronchiallymphdrüsen. Es fanden sich auch Tumoren in den Lungen, offenbar metastatischer Natur, sowie 2 Knoten in der Leberoberfläche. Mikroskopisch wurde der Tumor als Carcinom befunden.

LEFFERTS.

c. Mundrachenhöhle.

71) **Louis Fischer. Hygienische und prophylaktische Massnahmen bei Kindern, mit einigen therapeutischen Winken. (Hygienic and prophylactic measures in children, with some therapeutic suggestions.)** *Dietetic and Hygienic Gazette. April 1900.*

Eine einfache Angina ist bei Kindern gewöhnlich die Grundlage für recidi-

virende folliculäre Anginen, und wenn die Diphtheritis herrscht, ist die Wahrscheinlichkeit eine sehr grosse, dass gerade solche Kinder befallen werden. Die Anwendung von Antisepticis und Adstringentien als Gurgelwasser, oder eine $^1/_2$ $^0/_0$ ige Sublimatlösung, vermittelst Watteträger applicirt, vor und nach der Operation, vermindert die Wahrscheinlichkeit einer Entwicklung von Croupmembranen nach Tonsillotomien.

EMIL MAYER.

72) **J. J. Walsh. Tonsillen und Rheumatismus. (The throat rheumatism.)** *N. Y. Medical News. 20. October 1900.*

Bekanntlich prädisponirt der Rheumatismus zu secundärer, bacillärer Infection. Diese hat noch häufiger als der Rheumatismus allerhand rheumatische Complicationen im Gefolge. Besondere Erkrankungen des Herzens sind oft darauf zurückzuführen. Die secundären infectiösen Mikroorganismen nehmen ihren Weg häufig durch den Digestionstract, zumal durch die Tonsillen. Häufige Mundspülungen sind deshalb nothwendig.

LEFFERTS.

73) **A. Bruck. Purpura rheumatica und Angina. (Purpura rheumatica and angina.)** *N. Y. Medical Record. 8. December 1900.*

Verf. berichtet über die massenhafte Litteratur der letzten Jahre betr. die Beziehungen zwischen Angina und Rheumatismus und bringt dann die Krankengeschichte von 4 Fällen aus seiner eigenen Praxis, in denen Symptome gewöhnlicher Angina typischen Petechien-Ausschlag purpuraähnlicher Art im Gefolge hatten. Er glaubt, dass in solchen Fällen das Gift durch das Tonsillargewebe eindringt und sich dann verbreitet. Die Anginaerscheinungen brauchen keineswegs ernster Natur zu sein; oft sind sie sehr milde und die rheumatischen Symptome sehr heftig.

LEFFERTS.

74) **A. Baginsky. Scharlach-Angina. (Scarlatinal angina.)** *N. Y. Medical Record. 3. November 1900.*

Rp. Natr. sozojodol.
Sulph. praec. ana 15,0.
MDS. Mehrmals täglich mit dem
Pulverbläser einzublasen.

Wenn die Einblasung Erbrechen verursacht, kann das Sozojodolnatrium innerlich in Lösung zu halben Theelöffeln gegeben werden.

LEFFERTS.

75) **E. Variot u. Delair. Scharlachangina. (The sore throat of scarlet fever.)** *N. Y. Medical Journal. 15. December 1900.*

Die Rolle, die die Angina bei Scharlacherkrankungen spielt, ist von grösstem Interesse. Eine wesentliche Erweiterung unserer Kenntnisse über dieselbe wurde kürzlich von Variot und Delair gebracht, deren Untersuchungen die Vielgestaltigkeit der Scharlachangina betreffen. Sie haben 525 Fälle beobachtet. In 150 bestanden keine Membranen, obwohl manche der Fälle mit sehr hartnäckiger und schmerzhafter Pharyngitis einhergingen. Die von Lasegue erwähnten miliaren Bläschen haben sie niemals gesehen. In 375 Fällen bestanden Membranen. Bei 102 Fällen davon hatte man Verdacht auf Diphtherie, der sich in 30 Fällen be-

stätigte. In 32 Fällen bestand Pseudodiphtherie mit Streptococcen und in diesen Fällen genügte die klinische Untersuchung allein nicht zur Diagnose. Ihre Erfahrungen stehen im Gegensatz zu der Behauptung von Wurtz und Bourger, dass diphtheritische Angina sich immer spät beim Scharlach entwickelt. In zweifelhaften Fällen, wo sich keine bacteriologische Untersuchung machen lässt, soll man mit der Anwendung des Diphtherieantitoxins nicht zögern. Variot hat nur 4mal laryngeale Complicationen dabei beobachtet. In 423 Fällen von Scharlach normalen Verlaufes, hatte der Ausbruch der Angina mehr Einfluss auf die Temperaturerhöhung als der des Ausschlags. In $^2/_3$ der Fälle gingen der Temperaturanstieg, die Angina und der Ausschlag gleichen Schritt, beim letzten Drittel war das nicht der Fall.

LEFFERTS.

76) **J. Warry. Septische Halsentzündung und inficirte Milch. (Septic sore throat and infected milk.)** *Lancet. 7. Juli 1900.*

Auszug aus einem Bericht an das Gesundheitsamt von Hackney. 151 Fälle werden berichtet, von denen 133 mit Milch derselben Farm ernährt waren.

ADOLPH BRONNER.

77) **Noltenius. Ein tödtlicher Fall von Septicämie mit Beginn als Angina follicularis. (A fatal case of septicaemia beginning as angina follicularis.)** *N. Y. Medical Record. 15. September 1900.*

Der Fall begann als einfache linksseitige Tonsillitis. Gleichzeitig bestand eine Röthung auf der anderen Seite, die sich ausdehnte, anschwoll und schmerzhaft wurde. Die Localsymptome im Hals wurden noch ernster und sahen nach Diphtherie aus, so dass Antitoxin injicirt wurde. Die Behandlung war nicht wirksam und die Temperatur stieg auf 39,2 C. mit morgendlichen Remissionen. Nach 8 Tagen traten intensive Schmerzen in der linken Wade und beiden Vorderarmen auf bei ausgeprägter Lymphangitis und Temperatursteigung auf 40°, die anhielt bis der Pat. nach 4 Tagen an Herzschwäche zu Grunde ging. Der Fall ist insofern interessant, als er beweist, dass eine Allgemeininfection durch die Tonsillen in den Körper eindringen kann.

LEFFERTS.

78) **C. F. Theisen. Angina epiglottidea anterior. (Angina epiglottidea anterior.)** *N. Y. Medical Journal. 26. August 1900.*

Verf. berichtet von 3 Fällen eigener Beobachtung. Er dringt ernsthaft auf laryngoskopische Untersuchung in allen Fällen, in denen die Patienten über starke Schmerzen im Hals und Schluckbeschwerden klagen, denn dadurch wird stets eine exacte Diagnose ermöglicht. Er befürwortet frühzeitige Incisionen und die Anwendung des gekühlten Ichthyolsprays. Eine reichliche Litteratur über das Thema ist angefügt.

LEFFERTS.

79) **Tesseyré. Ueber Erscheinungen an den Hoden bei acuter Angina. (Etude des manifestations testiculaires dans les amygdalites aigues.)** *Thèse de Paris. Juli 1900.*

Orchitische Symptome sind im Verlauf acuter Angina von Verneuil und Joal beschrieben worden. Tesseyré berichtet über neue derartige Fälle. Die

Angina-Orchitis kommt in ihren Symptomen der Mumpsorchitis sehr nahe. Ihr Beginn ist der gleiche, und setzt mit dem Anfall der Angina ein. Stets wird der Hoden und nicht der Nebenhoden befallen und die Orchitis geht mit allgemeinen fieberhaften Symptomen einher. Die Localerscheinungen sind nicht sehr lebhaft. Gewöhnlich ist die Entzündung unilateral. Die Dauer der Entzündungsperiode erstreckt sich auf 5—10 Tage. Aber es bedarf 14—20 Tage bis die letzten Spuren der Schwellung verschwunden sind. Die einfache Resolution ist der gewöhnliche Ausgang. Nur über einen einzigen Fall von Eiterung wird berichtet.

Diese Complication scheint ausser jedem Zusammenhang mit dem Virulenzgrade oder der Intensität der Angina zu stehen und tritt eher nach leichten Anginafällen auf, als nach besonders schweren. A. CARTAZ.

80) **Francis Villy. Eine diphtherieähnliche Form von Rachenentzündung. (A forme of faucial inflammation resembling diphtheria.)** *Manchester Medical Chronicle. September 1900.*

Verf. berichtet von 4 derartigen Fällen, in denen sich als Hauptunterschied von echter Diphtherie ergab:

1. Die locale Rachenerkrankung ist mehr gangränöser Natur. Die Membranähnliche Masse ist grösstentheils Gangränmasse. Die Ulceration nach Entfernung dieser Massen ist constanter und ausgedehnter als bei der gewöhnlichen Diphtherie.

2. Die Erkrankung trägt einen mehr febrilen Charakter. Delirium ist nicht selten.

3. Lähmungen kommen dabei nicht vor.

4. Die Heilung stellt sich — wenn überhaupt — viel schneller ein.

5. Der Klebs-Löffler'sche Bacillus ist, wenn er überhaupt im Halse gefunden wird, nur spärlich und spielt wahrscheinlich bei der Erkrankung keine Rolle. Streptococcus pyogenes überwiegt. Die Erkrankung wird durch die Anwendung des Diphtherie-Antitoxins nicht beeinflusst. A. LOGAN TURNER.

81) **Emil Mayer. Anginen durch den Friedländer'schen Bacillus.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XI. p. 247. 1900. N. Y. Medical Journal. 22. December 1900.*

Verf. theilt eine Reihe von Fällen, die er beobachtet hat, mit und zieht aus denselben folgende Schlüsse:

1. Angina, durch den Friedländer'schen Bacillus bedingt, kann in subacuter oder chronischer Form auftreten.

2. Sie verursacht keine Störungen, ausser vielleicht zur Zeit der Bildung des Belags.

3. Sie kann in membranöser Form, abblätternd und recidivirend auftreten.

4. In der chronischen Form scheint die Behandlung von keinerlei Nutzen zu sein; die Bacillen werden augenscheinlich weniger activ und nach einer bestimmten Zeit tritt Spotanheilung ein.

5. Anginen durch den Friedländer'schen Bacillus sind vermuthlich sehr viel häufiger, als die wenigen berichteten Fälle glauben lassen. F. KLEMPERER.

82) **Ménétrier. Angina mit Pneumococcen und Addison'sche Krankheit. (Angina à pneumocoques et maladie d'Addison.)** *Société Médicale des Hôpitaux. 30. März 1900.*

Ein junges Mädchen starb nach einigen Tagen an einer eitrigen Angina mit Pneumococcen.

Die Autopsie erwies eine käsige Degeneration der beiden Nebennieren.

Es handelte sich also um eine Addison'sche Krankheit, die während des Lebens nicht in Erscheinung getreten war und die Schwere der Angina in diesem Falle erklärte, indem eben die geschädigten Nebennieren nicht mehr im Stande waren, die im Stoffwechsel producirten Gifte auszuscheiden. PAUL RAUGÉ.

83) **Fernand Bezancon** und **Vincent Griffon. Der Pneumococcus bei der Angina. (Le pneumocoque dans les angines.)** *Presse médicale. 24. October 1900.*

Die Verff. unterziehen die lange Zeit hindurch herrschende Tendenz, die acute nicht-diphtherische Angina in den meisten Fällen auf Streptokokkeninfection zu beziehen, einer Kritik. Systematische bakteriologische Untersuchungen haben ergeben, dass es sich oft auch um andere Mikroben handelt: Bacillus fusiformis (Vincent), Micrococcus tetragenus, Pneumobacillus etc.

Der Pneumococcus ist ein häufiger Erreger der Angina, bald vorherrschend (man findet ihn dann im Zustande der Reinheit, und das sind die Fälle, die man Pneumokokken-Angina genannt hat), bald in Begleitung anderer Mikroben (polymikrobe Anginen).

Die Verff. haben daran gedacht, die Serumreaction durch Agglutination auf das pathogenetische Studium der acuten Anginen anzuwenden und haben in 10 Fällen auch eine positive Serumreaction erhalten. Dieselbe hatte einen gleichmässigen Typus und nahm eine Mittelstellung ein zwischen der starken (makroskopischen) und der schwachen (mikroskopischen) Agglutination. A. CARTAZ.

84) **M. Letulle. Vincent'sche Angina. (Angine de Vincent.)** *Presse médicale. 29. December 1900.*

L. berichtet von einem Fall von Angina diphtheroida ulcero-membranosa, die sich bei einem 26jährigen Mann mit ulcero-membranöser Stomatitis eingestellt hat und durch Waschungen mit sterilem Wasser und Cauterisation mit Jodtinctur schnell zur Heilung gebracht wurde.

Die täglich ausgeführte bakteriologische Untersuchung pulpöser Fetzen in frischem Zustand hat die Gegenwart von Spirochäten und Bacillus fusiformis erkennen lassen. Aber Verf. misst diesen Microorganismen keinen specifischen Werth bei, da man sie in den verschiedensten Formen von Ulcerationen im Munde finden kann. Er hat zahlreiche Spirochäten mit Spirilli fusiformes zusammen bei ulcerösen Syphiliden des Gaumensegels, bei tuberculösen Ulcera der Zunge, diffusem Carcinom des Mundes, Ulceration des Zahnfleisches gefunden. Die Spirochäten und Spirillen herrschen vor bei der Vincent'schen Angina, aber man kann sie nicht als Ursache derselben bezeichnen. A. CARTAZ.

85) **Marian. Schankerartige Angina. (Angine chancriforme.)** *Nord médical. 1. März 1900.*

Ein neuer Fall von ulcero-membranöser Angina bei einem etwa 20jährigen Patienten. Die Ulceration befand sich auf der linken Tonsille in der Ausdehnung eines Francstückes, eitrig belegt, mit gleichzeitiger Schwellung der submaxillaren Lymphdrüsen und sah aus wie ein Schankergeschwür. Man fand in reichlicher Menge die spindelförmigen Bacillen von Vincent und Spirillen, desgleichen zahlreiche Bacillen in der Pulpa des Zahnfleisches.

A. CARTAZ.

86) **Athanasin. Ulceröse Angina. (Angines ulcéreuses.)** *Société de pédiatrie. 12. Juni 1900.*

A. berichtet über einige Fälle von Vincent'scher Angina mit fusiformen Bacillen und Spirillen.

PAUL RAUGÉ.

87) **Bonnus Deguy. Ulcero-membranöse Anginen. (Ulcero-membranous anginas.)** *N. Y. Medical Record. 16. Juni 1900.*

Eine Anzahl Untersuchungen erwiesen die Anwesenheit von Bacillus fusiformis und Spirillen. Ersterer kann allein dabei vorkommen, während die Spirillen nur beigemengte Formen darstellen. Diese Fälle müssen diagnosticirt werden, damit eine rationelle Therapie eingeleitet werden kann. Antiseptische Applicationen, Jodtinctur, Phenosalyl, chlorsaures Kali werden zu häufigem Gurgeln empfohlen, und Wasserstoffsuperoxyd thut gleichfalls gute Dienste.

LEFFERTS.

88) **Wm. G. Bissell. Drei Varietäten von membranöser Angina verursacht durch andere Mikroorganismen, als den Klebs-Löfflerbacillus und ihre Bedeutung. (Three varieties of membranous anginas produced by mikroorganisms other than the Klebs-Löffler bacillus and their significance.)** *Buffalo Medical Journal. December 1900.*

Bei zwei Fällen bestand eine Streptokokkeninfection der Tonsillen. Der eine Fall, in dem Diphtherieantitoxin angewandt wurde, endete tödtlich; in dem zweiten Fall wurde Streptokokkenserum angewandt und der Fall heilte. In dem dritten Fall, der ebenfalls tödtlich verlief, fand sich der Micrococcus der Sputum-Septicaemie. Verf. zieht folgende Schlüsse:

1. Der Streptococcus und der Micrococcus der Sputumsepticaemie kann membranöse Angina hervorrufen, die von tödtlichen Complicationen begleitet sein kann.

2. Oidium albicans verursacht Pseudomembranen, die leicht mit Klebs-Löffler'schen Infectionen verwechselt werden.

3. Das einzige sichere Mittel zur Erkennung einer Klebs-Löffler'schen Infection ist auf mikroskopischem Wege möglich.

4. Vom sanitären Standpunkt hinsichtlich der Desinfection und Isolirung verdienen die Anginen mit Spreptococcus pyogenes, Micrococcus der Sputumsepticaemie, Oidium albicans nur geringe Beachtung.

EMIL MAYER.

89) **A. Katz. Zwei sehr seltne Varietäten phlegmonöser Angina beim Kinde. (Sur deux variétés très rares d'angine phlegmeneuse chez l'enfant.)** *Progrès médical. 31. März 1900.*

Im ersten Fall handelte es sich um einen Abscess an der Spitze des Zäpfchens bei einem 5monatlichen Säugling. Seit einigen Tage vermochte das Kind nicht mehr zu saugen und litt an Erstickungsanfällen. Beim Oeffnen des Mundes erscheint das Gaumensegel unbeweglich und etwas ödematös. An der Spitze des dicken infiltrirten Zäpfchens zeigt sich ein haselnussgrosser Tumor; die Entleerung des Abscesses durch Einschnitt bringt alle Symptome schnell zum Verschwinden.

Der zweite Fall betrifft einen 8jährigen Knaben, der mit Furunkeln am Gesäss, Erguss im Kniegelenk und katarrhalischen Erscheinungen auf den Lungen nach Masern im Spital aufgenommen wurde. 14 Tage nach dem Eintritt stellte sich Fieber ein, es traten Schlingbeschwerden auf und eines Morgens kam es zu einem Erstickungsanfall mit inspiratorischen Einziehungen. Bei der Untersuchung des Halses findet man an der Zungenbasis einen haselnussgrossen Tumor (Mandelabscess) mit perilingualem Oedem. Bei der Incision werden 5—6 g Eiter entleert, die Athembeschwerden, das Fieber und die übrigen Symptome verschwinden.

A. CARTAZ.

90) **Marchese de Luna. Ein Fall von Angina Ludovici. (A case of Ludwig's angina.)** *N. Y. Medical Record. 13. Januar 1900.*

Verf. berichtet über einen Fall von sublingualer Phlegmone bei einem 39jährigen Mann mit tödtlichem Ausgang. Er macht auf die Bedeutung der Frühdiagnose aufmerksam und glaubt, dass energische chirurgische Behandlung allein Nutzen bringen kann. In dem vorliegenden Falle war die Operation zur Zeit, als die Diagnose gestellt wurde, nicht mehr angängig. Es kam Allgemeininfection hinzu und in den letzten Stadien Pneumonie als Beweis eingetretener Allgemeininfection.

LEFFERTS.

91) **G. G. Ross. Angina Ludovici. (Angina Ludovici.)** *N. Y. Med. Record. 29. December 1900.*

Diese Affection, die entzündliche Zellgewebsentzündung des Mundbodens, ist eine verhältnissmässig seltene. Das befallene Gewebe ist reich an Lymph- und Blutgefässen und enthält die Ausführungsgänge der Sublingualis und Submaxillaris. Die Erkrankung kann primär und secundär sein. Bei der echten Angina Ludovici ist die Infection im wesentlichen primär. Die Eingangspforte ist der Mund selber und die Erkrankung befällt gewöhnlich zuerst den Mundboden und secundär Pharynx und Larynx. Die Pathologie ist sehr ähnlich, wenn nicht identisch mit Erysipel. Die Organismen, die man gefunden hat, sind Streptokokken und Staphylokokken. G. Leterier hat 31 Fälle mit 13 Heilungen zusammenstellen können; dieselben stammen aus der älteren Literatur. Die Symptome sind von Anfang an ausgesprochen, entwickeln sich rapid und sind sehr ernster Natur. Local besteht eine harte Schwellung, die sich ausbreitet und schliesslich Nacken und Gesicht befällt. Die Respiration ist behindert, die Deglutition schwierig oder unmög-

lich. Deutliche allgemeine Sepsis folgt auf die Localinfection. Verf. berichtet von 2 Fällen. Die klinischen Symptome und pathologischen Befunde gleichen so sehr dem Erysipel, dass die Fälle in einem chirurgischen Krankenhaus isolirt werden sollten.

LEFFERTS.

92) **E. Monmarson. Eitrige Halsentzündung bei Kindern. (Pultaceous sore throat in children.)** *Journal Amer. Med. Assoc. 9. Juni 1900.*

Folgende Medication soll sehr wirksam sein:

Rp. Calcium permanganat. 0,06—0,2,
Aq. dest. 10,0.
M. S. äusserlich.

Der Hals wird alle 3 Stunden tagsüber mit warmer Berieselung ausgewaschen und ein- oder zweimal des Nachts. Nach jeder Waschung werden die befallenen Theile mit obiger Lösung gepinselt und die Pseudomembranen sorgfältig ohne unnöthige Gewaltanwendung losgelöst.

Am zweiten Tag soll schon eine bedeutende Besserung eintreten und die Mehrzahl der Fälle sollen abortirt haben. Ausschliessliche Milchdiät und einige Antipyrindosen vervollständigen die Heilung.

EMIL MAYER.

93) **Reboul** (Nimes). **Behandlung einer infectiösen Angina mit Wasserstoffsuperoxyd. (Traitement d'une angine infectieuse par l'eau oxygénée.)** *Echo méd. de Cévennes. 1900.*

Verf. hat Irrigationen mit 2—3proc. Wasserstoffsuperoxydlösungen in einem Fall von infectiöser, nicht-diphtherischer Angina mit Pseudomembranen angewandt. Es bestand ein abscheulicher gangränartiger Foetor und grosse schmerzhafte cervicale Lymphdrüsenschwellungen. Der Pat. war cyanotisch, konnte nur durch die Nase athmen und zeigte bereits inspiratorische Einziehungen. Die Wasserstoffsuperoxydirrigationen brachten die Pseudomembranen rapide zur Abstossung und die infectiösen Erscheinungen zum Verschwinden.

(Ich habe von derartigen Irrigationen in Fällen von Streptokokkenanginen mit Pseudomembranen oft Gebrauch gemacht und letzthin in 2 Fällen von pseudomembranöser Rhinitis. Notiz des Ref.)

A. CARTAZ.

d. Diphtheritis und Croup.

94) **Langford Symes. Ueber die Symptome und Krankheitserscheinungen, die früher Croup benannt wurden; Erkrankungen, welche dieselben hervorrufen und klinische Bedeutung der verschiedenen unter dieser Beziehung zusammengefassten Affectionen. (Symptoms or phenomena formerly known as croup; the diseases which produce them and the clinical significance of the various allied affections embraced by the term.)** *N. Y. Medical Journal. 11. August 1900.*

Verf. fasst die Characteristica der erheblich verschiedenen Zustände zusammen, welche der Laie und zuweilen auch der Arzt als „Croup" bezeichnet,

und theilt sie in 3 verschiedene Krankheiten ein: Diphtherie, Laryngitis und Laryngismus. Die Behandlung hängt von der Diagnose des einzelnen Falles ab, ist ausserordentlich schwierig, oft unmöglich mit Sicherheit zu stellen. Bezüglich der Diphtherie, zu welcher fast alle tödtlich verlaufenden „Croup"-Fälle gehören, glaubt Verf. an die Existenz verschiedener Formen, die heute alle unter demselben Namen gehen. Laboratoriumsversuche können zu Resultaten führen, die sich in der klinischen Beobachtung durchaus nicht zu bewähren brauchen. Verf. ist der Ansicht, dass folgende Krankheitserscheinungen einen Fall mit schweren Croupsymptomen als Diphtherie stempeln: Allmäliges Einsetzen, gewöhnlich im Lauf von 2—3 Tagen nach allmälig steigender Temperatur, allmälige Ausbildung von croupösem Stupor am vierten Tage; geschwollene harte und schmerzhafte Cervicaldrüsen; zunehmende Herzdämpfung (im Laufe des Tages wechselnd); Albumen im Urin, sowie Bestehen von Membranen im Hals, mit Löffler'schem Bacillus. Die Unterscheidungsmerkmale von acuter Laryngitis und Laryngitis stridulosa werden angegeben. Letztere täuscht leicht Diphtherie vor, nur dass sie plötzlich einsetzt, in der Nacht sich einstellt, häufig recidivirt und oft mehrere Familienmitglieder befällt. Sie kommt bei Kindern über 3 Jahren vor, aber nicht mehr bei 12 oder 14jährigen Kindern. Verf. kommt zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Eine wirkliche Crouperkrankung existirt nicht und croupöse Symptome werden durch verschiedene Krankheiten erzeugt.

2. Schwere Croupsymptome sind meist auf Diphtherie oder Laryngitis stridulosa zu beziehen.

3. In schwierigen oder unklaren Fällen sollten wir Diphtherie befürchten und von Anfang an mit Antitoxin behandeln.

4. Stenose und Herzschwäche sind die beiden gefährlichsten Symptome.

5. Da Antitoxin die Diphtheriemortalität reducirt und die Fälle mit Hülfe der Intubation über die Krisis hinüberbringt, kann es möglicherweise beitragen zu einem späteren Erfolg durch Tracheotomie.

6. Die als Croup registrirten Todesfälle sind hautsächlich auf Diphtherie zurückzuführen.

LEFFERTS.

95) **Marique. Ueber eine Serie von einem Dutzend hintereinander folgender Croupfälle mit Heilung. (A propos d'une série de douze croups successifs, suivis de guérison.)** *La Clinique. No. 44. 1900.*

Alle Fälle bis auf 2 waren mit Behring'schen Seruminjectionen behandelt worden. Zweimal genügte die Injection allein, um Heilung herbeizuführen. Die Intubation combinirt mit Seruminjection wurde 3mal vorgenommen. 7mal wurde die Tracheotomie gemacht. In einem Fall handelte es sich nicht um Croup, sondern blossen Laryngospasmus. Zweimal waren Erstickungsanfälle mit ziehendem Athmungsgeräusch durch adenoide Wucherungen bedingt; hier scheint die O'Dwyer'sche Intubation ganz am Platze zu sein, wie sie überhaupt die Tracheotomie immer mehr zu verdrängen scheint.

BAYER.

96) . . . **Diphtherie.** *Pediatrics. 15. Juli 1900.*

John Blake White: Diagnose und Behandlung der Diphtherie. (The diagnosis and treatment of diphtheria.)

In den schwersten Fällen liegt Mischinfection vor. Die Bacteriologie ist noch nicht zu befriedigender Aufklärung gekommen, und kann ihre Anschauungen im Lauf der Jahre vielleicht noch ändern.

Um die augenscheinlichen Vorzüge des Antitoxins zu stützen, haben seine enthusiastischen Verehrer seine immunisirende Wirkung mit Variolaimpfung verglichen, aber schon eine kurze Ueberlegung lässt diesen Vergleich hinfällig werden, indem die Wirkungen grundverschieden sind.

Henry Dwight Chapin: Herz und Circulation bei Diphtherie. (Heart and circulation in diphtheria.)

Verf. betont, dass schwere Fälle von Diphtherie mit hoher Mortalität stets mit rapider Herzschwäche einhergehen. Besonders häufig ist das der Fall bei der septischen Form der Diphtherie. Bei diesen Fällen, die ausserordentlich schwer verlaufen, bestehen massenhaft Pseudomembranen im Halse und deutliche Mitbetheiligung der Halsdrüsen bei verstopfter Nase. In derartigen Fällen handelt es sich um Mischinfection. Der Klebs-Löffler-Bacillus ist da mit dem Streptococcus und anderen Bacterien vergesellschaftet. Wie auch die Behandlung sei, Genesung ist da sehr selten. Beim Fortschreiten der Erkrankung wird der Puls jagend und schwach, es tritt grosse Prostration der Kräfte und Blässe ein, endlich Stupor und Tod.

Auf einen Punkt ist in der Literatur nicht genügend geachtet worden, auf die üble Bedeutung des Erbrechens. Ref. erklärt, dass nach seiner Beobachtung Erbrechen bei schwachem Pulse beinahe untrüglich ein letales Zeichen ist. Ein derartiges Erbrechen ist nicht zu verwechseln mit dem einfachen Erbrechen bei Ueberladung des Magens mit Nahrung. Oftmals stellt sich dies Erbrechen erst beträchtliche Zeit nach der bemerkbaren Herzschwäche ein.

Ein anderes Zeichen schwerster Gefahr bei Diphtherie ist eine ausgesprochene Pulsverlangsamung. Er empfiehlt zur Kräftigung des Herzens besonders Whisky, Strychnin und Nitroglycerin. Er hat von Digitalis nicht in grösserer Ausdehnung Gebrauch gemacht, da er durch seine Wirkung einigermaassen erschreckt war. Bei der erwähnten Pulsverlangsamung war Strychnin wirkungslos. Subcutane Morphiuminjectionen erwiesen sich sehr werthvoll. Sie beruhigen das Kind und gleichzeitig seine Herzaction. Sogar einem 2jährigen Kinde kann man zuweilen 0,003 Morphium mit Erfolg geben. Es ist keine Frage, dass das Leben des Patienten dadurch und durch gleichzeitige Kräftigung des Herzens zuweilen gerettet werden kann.

John Winters Brannan: Behandlung der Diphtherie in dem Willard Parker Hospital. (Treatment of diphtheria as carried out in the Willard Parker Hospital.)

Verf. rühmt den grossen Vortheil der Antitoxinbehandlung und beschreibt die Anwendungsweise derselben in dem Krankenhaus. Er bespricht auch die dort geübte Irrigationsmethode und betont ihre grosse Ueberlegenheit über frühere Be-

handlungsweisen. Dabei berichtet er auch über allerhand Heilmittel, die von Zeit zu Zeit, je nachdem es der besondere Fall verlangt, angewandt werden. Hinsichtlich der Diphtheriemortalität bemerkt er, dass seit der Einführung des Antitoxins durch gewisse Complicationen verursachte Todesfälle sich sehr beträchtlich verringert haben, während die Todesfälle aus anderen Ursachen wiederum zunehmen. So stirbt jetzt ein viel geringerer Procentsatz an Larynxstenose als früher, während die Zahl der Todesfälle durch Pleuropneumonie verhältnissmässig merklich zugenommen hat, indem nach der Statistik 53 pCt. aller Todesfälle darauf zurückzuführen sind.

Joseph E. Winters spricht sich in der Discussion gegen die Anwendung des Antitoxins aus und fragt, warum Albuminurie so häufig darnach auftritt? Warum geben Antitoxinfälle ein so ganz anderes klinisches Bild wie die klassische Beschreibung von Bretonneau und Trousseau? Weil das Mittel die Blutkörperchen auflöst, weshalb er es auch für gefährlich hält.

Henry W. Berg sagt, dass der Werth des Antitoxins so allgemein anerkannt sei, dass keine Opposition von irgend welcher Seite her seiner allgemeinen Anwendung mehr im Wege sein könne. Hinsichtlich des Ausschlags, der manchmal danach auftreten soll, ist erwiesen durch Untersuchungen, dass es zum Theil Aufgabe der Haut ist, das Antitoxin oder andere in den Körper eingeführte Sera zu eliminiren. In den Eruptionsfiebern, bei Masern und Scharlach wird das Toxin vermuthlich auch durch die Haut ausgeschieden. Desgleichen ist der Antitoxinausschlag das Resultat davon, dass die Haut versucht, das im Blut circulirende fremde Material los zu werden. Bei der Differentialdiagnose zwischen Scharlach und Antitoxinausschlag muss darauf geachtet werden, dass die Scharlacheruption gleichmässig über den Körper vertheilt ist, während letzterer in der Regel sich mehr weniger auf abgegrenzte Bezirke beschränkt; findet er sich z. B. auf dem Rücken und nicht auf dem Abdomen oder umgekehrt, so können wir mit Sicherheit annehmen, dass es sich um Antitoxinausschlag und nicht um Scharlach handelt. Wenn ersterer, wie das zuweilen vorkommt, sich mehr über den ganzen Körper verbreitet, wird die Diagnose viel schwieriger, und es ist in allen zweifelhaften Fällen sicherer, den Patienten zu isoliren, bis man die Diagnose mit Sicherheit stellen kann.

J. Edward Herman sowie A. Rupp sprechen sich gegen den Heilwerth des Antitoxin aus, letzterer unter Berufung auf Monti (Wien), der im Gegensatz zu seiner anfänglichen Verehrung des Mittels nun auf Grund der Statistik zu der Ansicht gekommen sei, dass es werthlos ist.

Achilles Rose giebt der Meinung Ausdruck, dass die Kohlensäure bei der Diphtherie als werthvollstes Heilmittel zu betrachten sei. Er hat sie in einem Fall angewandt, und das Resultat war dabei sehr befriedigend. Sie wird mittelst eines kleinen Apparates applicirt, und ist als den Irrigationen überlegen zu betrachten.

EMIL MAYER.

97) **A. Robin. Die Aetiologie der Diphtherie und der Werth des Antitoxins. (The aetiology of diphtheria and the value of antitoxine.)** *N. Y. Medical Journal. 11. August 1900.*

In der vorliegenden Arbeit bemüht sich der Verf., nachzuweisen, dass der

Klebs-Löffler-Bacillus ätiologische Beziehung zur Diphtherie hat und dass Antitoxin sein natürliches Antidot darstellt.

Er summirt dabei:

Ein specifischer Mikro-Organismus muss drei Postulate erfüllen:

1. Der Organismus muss sich in dem inficirten Gebiet constant vorfinden.

2. Er muss in Reincultur erhalten werden.

3. Die Erkrankung muss bei empfänglichen Thieren durch eine Reincultur des Mikroorganismus oder seine Producte hervorgerufen werden können.

4. Der Klebs-Löffler-Bacillus wird 1. in jedem Fall von „bacillärer Diphtherie" auf dem erkrankten Gebiet gefunden, und letztere macht 75—95 pCt. aller Diphtheriefälle aus. 2. Wird er in Reincultur erhalten. 3. Die Erkrankung wird bei empfänglichen Thieren stets unverändert reproducirt, und in hinreichender Häufigkeit beim Menschen, um die ätiologische Beziehung zu beweisen.

Ein specifisches Heilmittel muss folgende Postulate erfüllen:

1. Es muss der Procentsatz der Heilung sein Maximum erreichen.

2. Es muss die Mortalität unter den bis daher angenommenen Durchschnitt herunterdrücken und sie auch dauernd auf dem Niveau halten.

3. Es muss das alles ohne die gleichzeitige Verabreichung anderer Heilmittel erreichen.

Antitoxin heilt 1. jeden Fall von experimenteller Diphtherie, in dem die Menge des Toxins bekannt ist. Es heilt 75—90 pCt. der menschlichen Diphtheriefälle, wo die Menge des im Blut kreisenden Toxins unbekannt ist. 2. Es reducirt die Mortalität auf 10—15 pCt., und hält sie auf diesem Niveau seit 1894. 3. Es ist wirksam ohne jede weitere Medication, wenn es auch in manchen Fällen zweckmässiger Weise mit anderen Drogen combinirt wird, ebenso wie es bei Malaria und Syphilis geschieht.

LEFFERTS.

98) **Theobald Smith. Der Antitoxingebrauch bei Diphtherie. (The antitoxin use in diphtheria.)** *Journ. Boston Society of Med. Sciences.*

Verf. ist mit Ehrlich der Ansicht, dass die alte Methode, 10mal die kleinste tödtliche Dosis als Standarddosis zur Prüfung auf die antitoxische Stärke der Sera nicht zweckmässig ist, selbst wenn die Toxine unter gleichmässigen Bedingungen dargestellt werden und dass wir heute nichts besseres thun können, als uns der von Ehrlich vorgeschlagenen Standarddose zu bedienen.

EMIL MAYER.

99) **W. H. Park. Die Anwendung der Diphtherie-Antitoxin-Globuline des Blutes anstatt des gesammten Serums bei Diphtherie. (The use of the diphtheria antitoxic globulins of the blood serum instead of the entire serum in diphtheria.)** *N. Y. Medical Journal. 26. August 1900.*

Seit der Entdeckung des Diphtherieantitoxins hat man sich andauernd bemüht, das Diphtherieantitoxin von dem Blutserum zu isoliren, so dass man das antitoxisch wirksame Princip zurückbehält und die schädlichen Nebenwirkungen bei der Injection des Blutserums eliminirt. Verf. glaubt, dass diese Bemühungen nun von Erfolg begleitet seien. Die experimentell erwiesene Thatsache, dass die antitoxischen Substanzen enge mit den Globulinen des Blutes vergesellschaftet

sind und mit ihnen zugleich gefällt werden, zeichnen den einzuschlagenden Weg vor. Verf. hat sein „antitoxisches Globulin“ durch Fällung des Serums mit Magnesiasulfat gewonnen und dann abfiltrirt. Das genauere Verfahren wird in der Arbeit mitgetheilt. Leider scheinen die schädlichen Wirkungen des Antitoxinserums auch dem Antitoxinglobulin anzuhaften, aber es wäre schon als Vortheil zu betrachten, eine haltbare Lösung zu bekommen, und eine trockene Antitoxinsubstanz, die nicht so leicht verdirbt.

LEFFERTS.

c. Kehlkopf und Luftröhre.

100) **Piollet** (Lyon). **Durchtrennung der Membrana thyreo-hyoidea durch einen selbst beigebrachten Messerschnitt. (Section volontaire de la membrane thyrohyoidienne par coup de couteau.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 11. Juli 1900.*

Der Schnitt war in selbstmörderischer Absicht gemacht, die Wunde war 8 cm lang, verlief schräg nach unten und rechts.

Von Functionsstörungen bestanden Aphonie und Dysphagie.

Nach Einführung einer Oesophagussonde tiefe Naht der Wunde.

Darnach rapid schnelle Vernarbung, Rückkehr der normalen Functionen mit etwas Heiserkeit und einer gewissen Schwierigkeit, Flüssigkeit zu schlucken.

Mit dem Kehlkopfspiegel Narbenlinie der Membrana thyreo-hyoidea sichtbar. Deformität der Epiglottis.

Diese Thatsache bestätigt die Angaben der Gerichtsärzte über die Richtung der Wunde bei Selbstmorden und erweist wiederum die Häufigkeit der Verletzungen der Membrana thyreo-hyoidea.

PAUL RAUGÉ.

101) **Ch. Debersacques. Beitrag zum Studium der Behandlung von Trachealwunden. (Contribution à l'étude du traitement des plaies de la trachée.)** *Annal. de la Société de Méd. de Gand. 8. Fasc. 1900.*

Gestützt auf einen Fall von vollständiger Continuitätstrennung der Cartil. thyreoid. bei einer 32jährigen Frau, welche Verf. mit Catgut unter Schonung der Schleimhaut und ohne Canüle einzusetzen, vereinigt und Heilung per primam ohne Zwischenfall erzielt hatte, kommt er zu dem Schluss, dass die unmittelbare Naht von Kehlkopf- und Trachealwunden rationell und berechtigt sei. Auch würde er nicht verlegen sein, vorkommenden Falls dieselbe wieder vorzunehmen, natürlich mit den nöthigen aseptischen und anderen Vorsichtsmaassregeln vor und nach der Operation.

BAYER.

102) **Austin G. Mummert. Verstopfung der oberen Luftwege. (Obstruction to upper air-passages.)** *Wisconsin Medical Recorder. April 1900.*

Nichts Neues

EMIL MAYER.

103) **Goyens. Drei Fälle von Fremdkörpern in den subglottischen Respirationswegen. (Trois cas de corps étrangers dans les voies respiratoires sous-**

glottiques.) *La Clinique. No. 38. 1900. Annales et Bulletin de la Soc. de Méd. d'Anvers. Juli, August u. September 1900.*

1. Ein Kind von 3 Jahren hatte eine grosse Shawlnadel verschluckt, deren Kopf sich in der Höhe des 6. Brustwirbels im Oesophagus und deren Spitze in der Trachea befand, wie die Radiographie nachwies. Entfernung der 7 cm langen, mit einem grossen schwarzgläsernen Kopfe versehenen Nadel vermittelst der Tracheotomia inferior.

2. Stück eines Federhalters im linken Bronchus; Tracheotomie mit Einführung eines Hysterometers behufs Mobilisirung des Fremdkörpers; Hustenanfall mit Ausstossen des Fremdkörpers.

3. Knochenstück in der Trachea; Tracheotomie wegen Lebensgefahr; Einführung eines Hysterometers behufs Mobilisirung desselben; ein heftiger Hustenstoss, welcher dasselbe herausschleuderte. Trotzdem Tod an Bronchopneumonie.

BAYER.

104) **Garel** (Lyon). **Fremdkörper in der Trachea. Radiographie. Entfernung durch Tracheotomie und Electromagneten. (Corps étranger de la trachée, radiographie, ablation par la trachéotomie et au moyen d'un électro-aimant.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 27. Juni 1900.*

Ein 20monatliches Kind hatte einen Nagel verschluckt. Nach radiographischer Untersuchung wurde die Tracheotomie ausgeführt. Die Canüle wurde ersetzt durch einen 2armigen Dilatator und ein sehr starker Elektromagnet der Trachealöffnung genähert. Das Nagel sprang nach ihm hin und wurde leicht extrahirt.

Diese Beobachtung ist doppelt interessant, weil sie zeigt, wie zweierlei physikalische Applicationen der Medicin zu Hülfe kommen: die radiographische Diagnose und die Behandlung mit dem Elektromagneten.

Diese Mittheilung Garel's veranlasste eine Discussion über die Anwendung des Elektromagneten zur Extraction metallischer Fremdkörper.

Aurand erklärt, dass sich in seiner Klinik ein sehr starker Elektromagnet von Haab-Zürich befindet. Er ist zur Fremdkörperextraction aus dem Auge bestimmt. Man braucht denselben nur auf einige Centimeter dem Auge zu nähern, um den Fremdkörper austreten zu sehen.

Garet: Der Elektomagnet der Klinik Gayet hebt 60 kg. Derjenige von Dor, dessen er sich bedient, hebt nur 3 kg. Er functionirt sehr gut mit 2 Volts. (Im vorliegenden Falle wandte er 4 an.)

Roget: Man könnte auch eine Rotirscheibe benutzen; wenn man eine Reihe von Magneten vor einem Metallstück rotiren lässt, wird es angezogen.

PAUL RAUGÉ.

105) **Hamilton. Einklemmung einer Bohne in den oberen Luftwegen; Ausstossung durch die Wunde; Heilung. (Impaction of a bean within the air passages; expulsion through the wound. Recovery.)** *Lancet. 14. Juli 1900. N. Y. Med. News. 18. August 1900.*

Ein 12jähriger Knabe verschluckte eine Bohne; unmittelbar darauf Husten- und Erstickungsanfall. Fehlende Ausdehnung der rechten Lunge beim Athmen. 12 Stunden später abermaliger Dyspnoeanfall.

Tracheotomie, Ausstossung des Fremkörpers durch die Wunde.

Der Autor ist der Ansicht, dass in ähnlichen Fällen unverzüglich die Tracheotomie gemacht werden solle. ADOLPH BRONNER.

106) **H. Lorentz. Asphyxie infolge von Verschlucken eines Schnullers. (Asphyxia from swallowing a nipple.)** *N. Y. Med. Journal. September 1900.*

Es handelt sich um ein Kind, welches asphyktisch geworden war dadurch, dass ihm ein Schnuller in den Larynx eingedrungen war, der an einem Korkstopfen befestigt war, wie sie während der Zwischenpausen der Nahrungsaufnahmen gegeben zu werden pflegten. Verf. verurtheilt diese schlechte Gewohnheit aufs strengste. LEFFERTS.

107) **Goullioud. Fremdkörper in dem rechten Hauptbronchus, durch den Elektromagneten entfernt. (Foreign body in right primary bronchus removed with electromagnet.)** *N. Y. Medical News. 20. October 1900.*

Verf. beschreibt einen Fall, in welchem ein 20 Monate altes Kind einen Nagel verschluckt hatte. Durch die Tracheotomiewunde wurde ein starker Elektromagnet eingeführt und der Nagel entfernt. Man konnte sehen, wie er von dem rechten Hauptbronchus, wo er radioskopisch nachweisbar war, gegen die Magnetpole hinsprang. Er war 2 Zoll lang. LEFFERTS.

108) **Vignard. Ueber das Verhalten beim Eindringen von Fremdkörpern in die Luftwege. (De la conduite à tenir dans les cas de corps étranger des voies aériennes.)** *Gazette méd. de Nantes. 16. December 1899.*

Beobachtung an einem $2^1/_2$jährigen Kinde, das eine Kaffeebohne aspirirt hatte und von bedrohlichen Erstickungsanfällen befallen wurde, die durch Ruhepausen unterbrochen waren.

Es wurde tracheotomirt, und man konnte durch die Tracheotomiewunde den Fremdkörper sehen, der dann mit einer Zange herausgezogen wurde.

Verf. fügt einen Fall bei, wo die Tracheotomie zu spät ausgeführt worden war und das Kind, welches eine Bohne verschluckt hatte, nicht mehr zu retten vermochte. Das Kind wurde in extremis operirt, hatte aber nicht mehr die Kraft, den Fremdkörper durch eine energische Exspiration auszustossen.

Verf. betont im Anschluss an diese beiden Fälle, dass man immediat einschreiten müsse. Er besteht auf die unverzügliche Ausführung der Tracheotomie und ist da nicht derselben Ansicht wie Tillaux, der bekanntlich „l'expectation armée" befürwortet. PAUL RAUGÉ.

109) **F. T. Stewart. Fremdkörper in den Luftwegen. (Foreign bodies in the air-passages.)** *N. Y. Medical Journal. 22. December 1900.*

Das Wort Robert Liston's: „Learn to look boldly on the open mouths of arteries" findet sein Gegenstück in dem Satz „Learn to look boldly on impending death from asphyxia". Alles, was klein genug ist, um in die oberen Luftwege hineinzugelangen, kann darin gefunden werden, und in den 12 Fällen des Verf.'s fanden sich unter andern merkwürdigen Gegenständen ein Kamm, eine Immergrünknospe u. s. w. LEFFERTS.

110) **E. F. Syrett. Bemerkungen über zwei Fälle von Fremdkörpern in den Luftwegen. (Notes of two cases of foreign body in the air-passages.)** *Lancet. 15. December 1900. N. Y. Medical Record. 29. December 1900.*

In keinem der Fälle vermuthete man die Anwesenheit eines Fremdkörpers und bei keinem bestanden irgend welche dringlichen Erscheinungen. Im ersten Falle handelte es sich um einen 13jährigen Knaben mit anscheinender Complication der rechten Lunge, die in Heilung überging; nach etwa 2 Monaten hustete er einen Kirschenkern aus, der also 14 Wochen lang in dem Bronchus verweilt haben musste. Im zweiten Fall handelt es sich um eine 33jährige Frau, die einen Weisheitszahn während der Extraction beim Zahnarzt hinunterschluckte. 12 Tage später wurde er ausgeworfen.

LEFFERTS.

111) **Netter** (Paris). **Ueber Intubation bei Masernlaryngitis. (Du tubage dans les laryngites de la rougeole.)** *Société de Pédiatrie. 13. März 1900.*

Die Erfahrung N.'s bestätigt die Ansicht von Josias, dass die Intubation klägliche Resultate in den Fällen von Croup giebt, die nach Masern auftreten, ob sie nun diphtheritischer Natur sind oder nicht.

12 Kinder, die auf der Station N.'s mittels Intubation behandelt wurden, sind gestorben. Diese Resultate veranlassen ihn zu folgendem Verhalten:

a) Hinausschieben eines Eingriffs so lange als möglich.

b) Wenn dieselbe nicht mehr anfschiebbar ist, Ausführung der Tracheotomie.

PAUL RAUGÉ.

112) **Sevestre** (Paris). **Intubation bei Masern. (Tubage dans la rougeole.)** *Société de Pédiatrie. 10. April 1900.*

In Erwiderung auf eine Mittheilung Netter's bekennt sich S. zu der Ansicht, dass man bei den Laryngitiden bei Masern so lange wie möglich abzuwarten hat, dass es aber andererseits Fälle giebt, die einen Eingriff verlangen: in diesen bevorzugt er die Intubation.

Es ist die Tube nur kurze Zeit liegen zu lassen, höchstens 5—6 Tage.

PAUL RAUGÉ.

113) **F. Sachs. Ueber einige üble Seiten der Intubation. (O niektórych ujemnych stronach intubacyi.)** *Medycyna. No. 42, 43. 1900.*

Abgesehen von verschiedenen Verletzungen, welche wegen Mangel an Technik und falsch ausgeführter Intubation zu Stande kommen, beschreibt Verf. genau verschiedene Vorkommnisse und Complicationen, welche sogar bei in der Technik der Intubationen gut geübten Aerzten sich ereignen mögen. Hierher gehören:

1. Unmöglichkeit der Einführung des Tubus in den Kehlkopf;

2. Einführung des Tubus in den falschen Weg durch die zerrissenen perilaryngealen Gewebe.

3. Verstopfung der Trachea durch die Membranen, heruntergestossen bei Einführung der Röhren.

4. Dysphagie, verursacht durch ein längeres Verbleiben der Röhren im Kehlkopf.

5. Erschwerte Expectoration durch das Röhrchen.

6. Möglichkeit des Ausstossens während des Hustenactes.

7. Decubitus laryngis, verursacht durch den Druck bei längerem Verweilen des Röhrchens im Kehlkopf.

A. v. SOKOLOWSKI.

114) **Chas. J. Whalen. Intubation des Larynx. (Intubation of the larynx.)** *Journal American Med. Assoc. 2. Juni 1900.*

Verf. erinnert daran, dass Diphtherie nicht die einzige Erkrankung ist, welche Larynxstenose verursachen kann; denn diese kann von Pseudomembranen herrühren, welche ebenso gut durch den Streptococcus oder Staphylococcus als den Klebs-Loeffler'schen Bacillus verursacht werden. Sie kann also auch vorkommen bei Masern oder Scharlach und kann hervorgerufen sein durch Oedem nach Trauma, wie durch Verbrühungen, ätzende Substanzen oder directe Verletzungen.

Es ist vorzuziehen zu intubiren, sobald sich Stenosenerscheinungen entwickeln. Es handelt sich da um eine Situation, in der die Operation, wenn sie unnöthig war, keinen Schaden thun kann, und deshalb soll der Arzt damit nicht zögern, wie z. B. vor der Entscheidung zur Tracheotomie.

Die verschiedenen Ueberlegungen und die Schwierigkeit, neue Tuben zu bekommen, welche zu den alten Obturatoren passen, veranlassten den Verf. vor Jahresfrist den Introductor und Extractor in einem und demselben Instrument zu vereinigen. Bei diesem neuen Instrument ist keine Adjustirung des Gewindes nöthig. Die grössere Axe der Tube ist stets die von vorn nach hinten. An Stelle eines Gewindes sind die Tuben durch eine einfache Arretirung festgehalten und werden durch den gleichen Mechanismus gelöst.

Nachdem man sich überzeugt hat, dass die Tube gut liegt, wird der Mundsperrer entfernt und das Kind zu Bett gebracht. Vorher entfernt Verf. stets noch den Sicherheitsfaden. Die Gewohnheit mancher Aerzte, den Faden über den Ohren zu knoten, ist nicht allein lästig für den Patienten, sondern auch für den Arzt.

Das Kind darf nicht auf dem Gesicht liegen, denn in dieser Lage kann ein leichter Husten die Tube hinauswerfen. Die angenehmste Stellung für die Fütterung eines intubirten Patienten ist wohl eine Neigung von 45° oder eine zurückgelegte Stellung, bei welcher flüssige Nahrung über die Epiglottis fliessen kann. Ein weiterer Fingerzeig für die Nachbehandlung der Intubation oder Tracheotomie nach Diphtherie ist, niemals die Thatsache ausser Acht zu lassen, dass sich die kleinen Patienten in einem Stadium allgemeiner Vergiftung mit grosser Schwäche des Herzmuskels befinden, und dass ein Theil von dem Geheimniss späteren Erfolges darin liegt, dass eine zweckmässige Nahrung und Herztonica gegeben werden; Alkohol und Strychnin sind da besonders angezeigt.

Die Extubation wird häufig folgendermaassen vorgenommen: Die Wärterin nimmt das Kind auf die Kniee, der Operateur setzt sich dem Kinde gegenüber, legt die linke Hand auf den Scheitel, den rechten Daumen auf die Trachea und umgreift mit den Fingern den Hals. Dann comprimirt er gleichzeitig die Trachea nach oben und unten und biegt den Kopf des Kindes mit einem Ruck nach hinten in den Schooss der Wärterin. Meistens kommt dann die Tube ohne weitere Störung heraus. — Diese Entfernungsmethode der Tube ist unwissenschaftlich, gefährlich

und unnöthig und sollte nur in solchen Fällen angewandt werden, wo jeder Eingriff zur Rettung des Lebens gerechtfertigt ist. EMIL MAYER.

115) **Joseph Trumpp. Intubation in der Privatpraxis und ihre Ausführung. (Intubation in private practice and its perfection.)** *N. Y. Medical Record. 23. Juni 1900.*

Es besteht in Europa eine gewisse Abneigung gegen die Anwendung der Intubation in der Privatpraxis. Man soll sie nicht versuchen, ohne sie vorher an Thierleichen vorgenommen zu haben. Unter Mitwirkung der Serumbehandlung der Diphtherie hat man 77 pCt. Heilung. Nach einer Beschreibung der Operationstechnik giebt Verf. eine kritische Besprechung über den Werth der Hartgummituben bei der Intubation. Tr. hat nie schädliche Folgen von ihrer Anwendung gesehen und constatirt weiter, dass Obstruction, Excoriation etc. weniger oft bei Hartgummi- als bei Metalltuben vorkommen. LEFFERTS.

116) **Antoine Sargnon. Intubation und Tracheotomie in anderen Krankheiten als Croup bei Kindern und Erwachsenen. (Intubation and tracheotomy in other diseases than croup in children and adults.)** *Pediatrics. 15. Juli 1900.*

Verf. giebt die Geschichte der Intubation und eine ausführliche Beschreibung der Technik sowohl von Intubation wie Tracheotomie. Verf. hat die Leffert'sche Tube derart modificirt, dass die untere Verdickung unter den Cricoidknorpel zu liegen kommt; er hat den Durchmesser der Tube an dieser Stelle um 1 mm vergrössert. So gedenkt er der Gefahr der spontanen Extubation aus dem Wege zu gehen. Bei Kindern bevorzugt er die digitale Methode der Extubation, die er ausführlich auseinandersetzt. Die Schlusscapitel handeln von der Intubation und Tracheotomie bei Erwachsenen. Verf. ist der Ansicht, dass die Intubation zur Regel gemacht werden solle in allen Fällen von hochsitzender Larynxstenose und die Tracheotomie in den Fällen, wo die Stenose durch die Intubation nicht erreichbar ist. Bei Trauma, Larynxödem, Syphilis, Carcinom, Larynxtuberculose, Neubildungen des Larynx, Tumoren der Schilddrüse muss die Intubation die Methode der Wahl sein und bei unheilbarer Stenose die Tracheotomie. Der Autor giebt im Detail die Technik der Intubation bei Erwachsenen. EMIL MAYER.

117) **Anonymus. Die Ernährung bei Intubationsfällen. (The feeding of intubation cases.)** *N. Y. Medical Record. 16. Juni 1900.*

Die Schwierigkeit liegt darin, dass der Patient viel hustet und die Regurgitation so gross ist, dass wenig Nahrung behalten wird. Dazu kommt die gewöhnliche Abneigung gegen Arzneien, nnd die Schwierigkeiten der Ernährung scheinen da fast unüberwindlich. Zuerst soll man nach Verf.'s Ansicht folgende Methode versuchen: Man lege das Kind auf den Rücken, so dass der Kopf über die Kniee der Wärterin hängt oder über die Kissen, wenn das Kind im Bett liegt. Dann füttere man langsam mit einem Löffel oder einem Arzneitropfer. Wir haben noch eine andere Methode, die Sondenfütterung, die wirklich lebensrettend sein kann, die aber nach Verf.'s Ansicht nur als letztes Zufluchtsmittel herangezogen werden sollte. Es wird eine Nährsonde angewandt, die der Sonde zur Darreichung eines Klysmas ähnlich ist. Manche haben zu Nährklysmen gerathen, Verf. räth davon

ab. Ein Nährklysma kann man nur einem Menschen verabreichen, der weiss, warum es gegeben wird, und sein Möglichstes thut, um es zurückzuhalten. Man kann sich da an keine Regel halten. Man füttere das Kind stets so, wie es am besten nimmt. Jeder Patient ist „ein Gesetz für sich".

Es giebt Kinder, die die Intubationstube monatelang tragen, und die ebenso gut essen und trinken können, als wenn sie nicht vorhanden wäre. Oft kann der Kranke feste Nahrung schlucken, wenn Trinken unmöglich ist. Das erklärt sich leicht: Trockene Nahrungsmittel können nicht so leicht wie flüssige in die Trachea hineinkommen.

LEFFERTS.

118) **D. Tanturri. Ein seltner Fall von prolongirter Intubation. (An unusual case of prolonged intubation.)** *N. Y. Medical Record. 25. August 1900.*

Verf. beschreibt einen Fall, in welchem die Intubation 136 Tage lang gemacht wurde.

LEFFERTS.

119) **Hagenbach** (Basel). **Ueber Decubitus nach Intubation.** *Corr.-Bl. f. Schweiz. Aerzte. H. 17, 18. 1900.*

Das Material stammt aus der durch den Verf. geleiteten Kinderklinik von Basel.

Eine kleine Tabelle über die Jahre 1890—1898, wo 1894—1900 306 Fälle mit Serum behandelt worden waren, zeigt, dass mit Einsetzen dieser Behandlung die Zahl primärer Tracheotomien bedeutend, die Zahl der Intubationen entsprechend abnimmt. Trotz der dann natürlich zahlreicher gewordenen secundären Tracheotomien war die Mortalität der operativen Fälle bis 1895 60,3 pCt., von 1895—1898 nur 29,2 pCt. Die Mortalität überhaupt sank durch die Serumbehandlung von 42,3 pCt. auf 14,38 pCt. Mit der rechtzeitigen Anwendung derselben wird auch das Tragen der Tuben verkürzt und so die Aussicht auf Decubitus vermindert.

Der Decubitus ist die hauptsächliche Schattenseite der Intubation und wird deshalb vom Verf. einer eingehenden Betrachtung unterworfen; die andere Gefahr ist der Tod durch Hinunterstossen von Membranen, welche aber vermieden wird, wenn man Fälle mit sehr reichlicher Membranbildung nicht intubirt. Dies lässt sich aber nicht immer beurtheilen (Ref.). Von 1894—1898 kam unter 306 mit Serum behandelten Fällen die Intubation allein 51 mal zur Anwendung, die secundäre Tracheotomie 7 mal. Bei den gesammten 96 Intubationen — also 45 vor der Serumperiode — kam es 91 mal zur Schleimhautverletzung. Diese Fälle, worunter 3 nur $^1/_4$—$^2/_3$jährige Kinder, werden beschrieben. Die Resultate der anderen Autoren sind vergleichsweise angeführt. Die Prädilectionsstelle des Decubitus ist die subglottische Region und die vordere Trachealwandung.

Der Form der Tube schreibt Verf. grosse Bedeutung zu. H. zieht die amerikanischen gerippten Hartgummitube vor, giebt derselben aber eine ganz cylindrische Form ohne die gewöhnliche Anschwellung.

5 Fälle von Decubitus kamen zur Operation mit Laryngotomie und Excision der Narben. Von den Operirten starb nur einer, einer konnte das Tragen der Tuben nie vertragen, 3 wurden fast ohne jegliche zurückbleibende Nachtheile geheilt. Als hauptsächlichste Vorsichtsmaassregeln werden angeführt:

1. Sorgfältige Auswahl der Fälle, besonders bei Kindern unter einem Jahr und bei sehr schweren und sehr membranreichen Fällen.

2. Einschränkung der Intubationsdauer.

3. Vermeidung zu grosser Tuben.

JONQUIÈRE.

120) **W. P. Northrup. Atresie des Larynx infolge fehlerhafter Intubation mit Demonstration des Präparates. (Atresia of the larynx due to faulty intubation, with specimen.)** *N. Y. Medical Record. 19. Mai 1900. Archiv. of Pediatrics. October 1900.*

Verf. sieht die Ursache einer Retention der Tube in den Mängeln der Tube oder des Operateurs. Das Präparat vom Larynx wird demonstrirt. Zufällig war das der letzte Fall, den der verstorbene O'Dwyer noch gesehen hat. Das Kind hatte den Faden erwischt, riss die Tube heraus, zu plötzlich für den jungen Operateur, der nun vergeblich mehrere Versuche zur Wiedereinführung machte. Später erforderte eine bedrohliche Dyspnoe die Tracheotomie. Das Kind starb nachher an Pneumonie. Der Larynx zeigte eine sanduhrförmige Einziehung unter der Glottis, die durch einen Ring neu gebildeten Entzündungsgewebes verursacht war, an der Stelle, wo die Wand durch die wiederholten Einführungsversuche der Tube verletzt worden war.

LEFFERTS.

121) **J. H. Jopson. Ein Fall von Larynxstrictur nach Intubation wegen Larynxdiphtherie. (A case of stricture of the larynx following intubation for laryngeal diphtheria.)** *Annals of Gynecology and Pediatry. December 1900.*

Verf. berichtet über seinen Fall und demonstrirt die Präparate.

EMIL MAYER.

122) **Janos Bokay. Läsionen nach der Extubation. (The injuries resulting from extubation.)** *N. Y. Medical Record. 23. Juni 1900.*

Verf. berichtet über gewisse Läsionen, die sehr leicht vorkommen, wie Ulceration der Trachea etc., und bespricht die zweckmässigste Verhütung und Behandlung.

LEFFERTS.

123) **Moure** (Bordeaux). **Ueber die Schwierigkeiten bei der Entfernung der Canüle nach der Tracheotomie. (Sur les difficultés d'ablation de la canule après la trachéotomie.)** *Académie de Médecine. 28. August 1900.*

Das Hinderniss besteht in Fällen sehr hoher Tracheotomie am Ringknorpel. Es resultirt daraus eine Unbeweglichkeit der Articulatio-crico-arytaenoidea in Folge der Auseinanderspreizung der Enden des Ringknorpels.

Dazu kommt noch ein entzündlicher Process, der sich auf Schleimhaut und Knorpel erstreckt.

Daher die Vorschrift: Die Incision am ersten oder sogar zweiten Trachealring vorzunehmen, aber niemals am Ringknorpel.

PAUL RAUGÉ.

124) **B. Jelgersma** (Purmerend). **Instrument für die Tracheotomie. (Een instrumentje uit de oude doos.)** *Med. Weekblad. 29. December 1900.*

J. empfiehlt ein in Holland obsoletes Instrumentchen, dass er in einem

Krishaber'schen Tracheotomieetui fand und zur Erleichterung des Einführens der Canüle während der Nachbehandlung der Tracheotomie bestimmt ist.

H. BURGER.

125) **G. Garratt. Neue Tracheotomieinstrumente. (New tracheotomy instruments.)** *Lancet. 21. Juli 1900.*

Kurze Beschreibung der Instrumente, die von Arnold and Sons zu beziehen sind.

ADOLPH BRONNER.

126) **W. Keen. Stenose der Trachea. (Stenosis of the trachea.)** *New Orleans Medical and Surgical Journal. Januar 1900.*

Der Patient wurde chloroformirt, in die Trendelenburg'sche Lage gebracht, die Trachea gespalten und zwar der Ringknorpel sowohl wie die nöthigen Trachealringe. Die Stenose dehnte sich auf den dritten und vierten Trachealring und auf den oberen Rand des fünften aus. Dieselbe wurde excidirt. Heilung ohne Tracheotomiecanüle.

EMIL MAYER.

f. Schilddrüse.

127) **G. Gauthier. Die Functionen der Schilddrüse. (Functions of the thyroid gland.)** *N. Y. Medical Record. 30. Juni 1900.*

Verf. hält es für zweifellos, dass Beziehungen von Ursache und Wirkung zwischen normaler Function der Schilddrüse und Nervensystem bestehen. Der Einfluss der Drüse ist nicht einfache Reflex- oder Sympathicuswirkung, sondern besteht in directen und intimen Beziehungen zur Entwicklung und Ernährung der Nervenzellen. Gewisse cardio-vasculäre Störungen hängen vom Thyreoidismus ab, Thyreoidin erwies sich experimentell als starkes Gift von cumulativer Wirkung gleich der Digitalis. Eine Injection von Schilddrüsensaft erniedrigt den Blutdruck und erweitert die peripheren Gefässe. Alle pathologischen Erscheinungen, die von einem Sinken der Ernährung herrühren, sind auf Mangel an Schilddrüsensubstanz zurückzuführen und werden oft durch Behandlung mit Thyroidea gebessert.

LEFFERTS.

128) **Alfred Stengel. Acute Schilddrüsenschwellung; mit Bericht über derartige Fälle. (Acute enlargement of the thyroid gland, with report of cases.)** *N. Y. Medical Record. 7. Juli 1900.*

Verfasser berichtet von Schwellungen der Drüse nach Schreck, Gemüthsbewegungen, Menstruation, Erotismus etc. Acute entzündliche Schwellung kann zurückzuführen sein auf Trauma, Druck, auch Erkältung und Infection (Diphtherie, Scarlatina, hereditäre Lues, Tuberculose).

In seinem Fall handelte es sich um einen 17jährigen Knaben, bei dem die Schwellung 3 Tage dauerte. Sie war weich und elastisch. Die allgemeinen Symptome glichen denen bei Morbus Basedowii. Endlich trat der Tod durch Erstickung ein. Wegen des rapiden Verlaufs glaubte man an Malignität. Bemerkenswerth war die Schnelligkeit, mit der die malignen Symptome auftraten.

LEFFERTS.

129) **Genevet** (Lyon). **Bacterienfreier Eiter in 2 Fällen von Thyreoiditis. (Pus microbien dans deux cas de thyroïdite.)** *Société des Sciences méd. de Lyon. 27. Juni 1900.*

In dem ersten Fall entwickelte sich die Affection in 3 Wochen. Die Punction ergab 700 g geruchlosen Eiters. Die Aussaat wurde in neutraler Bouillon, saurer Bouillon und Gelatine gemacht. Alles blieb absolut steril. Es wurde ein Meerschweinchen damit geimpft, das aber weder locale noch allgemeine Erscheinungen zeigte.

Der zweite Fall entwickelte sich im Laufe von 2 Wochen. Man entnahm ca. 300 g Eiter. Es wurden dieselben Aussaaten mit demselben negativen Erfolge gemacht. Aber die directe Untersuchung, welche in dem ersten Fall ebenfalls negativ gewesen war, ergab in diesem Fall einen Bacillus unbestimmter Art und Abwesenheit aller gewöhnlichen Eiterorganismen. Man steht also im ersten Fall vor einem aseptischen Abscess der Schilddrüse, analog denen, die in der Leber beschrieben sind.

Man darf annehmen, dass die internen Secretionen dieser beiden Drüsen eine bactericide Wirkung haben.

Der zweite Fall enthielt, ohne völlig aseptisch zu sein, einen noch unbestimmten und jedenfalls auf dem gewöhnlichen Wege nicht cultivirbaren Bacillus.

PAUL RAUGE.

130) **Odoacre Torri. Die Schilddrüse bei Infectionskrankheiten. (The thyroid gland in infective diseases.)** *N. Y. Medical Record. 14. Juli 1900.*

Verf. folgert aus seinen Untersuchungen, dass eine Hypersecretion colloider Substanzen bei acuten und chronischen Infectionskrankheiten in der Drüse statt hat, sowie eine deutliche epitheliale Proliferation und massenhafte Neubildung von Drüsengewebe. Interstitielle entzündliche Processe, wie Abscesse und Tuberkel, kommen selten in der Drüse vor. Die Colloidsubstanz hat die Eigenschaft Mikroorganismen zu zerstören. Die epitheliale Proliferation und Hypersecretion von Colloidsubstanzen sind auf toxische Producte der infectiösen Vorgänge zurückzuführen, die vielleicht durch Zerstörung des Mikroorganismus durch Colloidsubstanz hervorgerufen sind oder der Drüse durch das circulirende Blut zugeführt werden.

LEFFERTS.

131) **L. Mayet. Die geographische Vertheilung der Struma in Frankreich. (The geographical distribution of goitre in France.)** *N. Y. Medical Record. 7. Juli 1900.*

Verf. berechnet den mittleren Coefficienten eins jeden Departements für eine Periode von Jahren, und stellt das Verhältniss der Kropferkrankungen bei jungen zum Armeedienst herangezogenen Männern fest. Diese Zahl von Kropferkrankungen in jedem Tausend untersuchter Fälle giebt den Coefficienten der augenblicklichen Frequenz in jedem Departement. 6 Departements ergeben 10 bis 45 Kropfkranke unter 1000 zwanzigjährigen Männern, die zur Untersuchung kamen. In 11 Departements scheint Kropf nicht vorzukommen. Zwischen diesen beiden Extremen stehen 4 Serien mit 0,5—1,25—10 vom Tausend. Für das gesammte

Frankreich scheint sich ein Rückgang der Kropferkrankungen bemerkbar zu machen. trotzdem sie in gewissen Gegenden zunehmen. LEFFERTS.

132) **Alfred Gordon. Ein Beitrag zum Studium des Morbus Basedowii. (A contribution to the study of exophthalmic goiter.** *Philad. Medical Journal. 16. u. 23. Juni 1900.*

Verf. kommt zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Wenn die Symptome der Erkrankung auf mechanischem Druck (durch Schilddrüsentumoren etc.) auf den Sympathicus beruhen, ist Beseitigung des Druckes und bei Fortbestehen der Symptome, eine Operation am Sympathicus geboten.

2. Wenn die Krankheitserscheinungen auf reflectorischen Einflüssen auf Medulla oder Sympathicus, ausgelöst durch entfernte Affectionen, wie Uterusfibrome, Nasenpolypen etc., beruhen, ist die Entfernung der letzteren und bei Fortdauer der Symptome, die Operation am Sympathicus angezeigt.

3. Wenn die Krankheitserscheinungen mit einem gleichzeitigen spinalen Leiden oder mit organischer Nervenerkrankung einhergehen, soll nicht operirt werden.

4. Wenn keine deutliche Ursache vorliegt, ist die Operation des Sympathicus vorzunehmen. Niemals aber operire man an der hypertrophischen Schilddrüse. Die innere Behandlung kann versucht werden, wenn der Pat. die Operation ablehnt: aber sie führt niemals dauernde Heilung oder gänzliche Entfernung der Symptome herbei. EMIL MAYER.

133) **O. T. Osborne. Morbus Basedowii. (Exophthalmic goitre.)** *N. Y. Med. Record. 16. Juni 1900.*

Die Ursache der Häufigkeit dieser Erkrankung beim Weibe ist die durch die normal gesteigerten Sexualfunctionen gesteigerte Thätigkeit der Schilddrüse und die infolge der andauernden Reizung gesteigerte Empfänglichkeit derselben. Die Beziehungen der Drüse zu den Krankheitssymptomen werden in der Hypersecretion gesucht. Die Steigerung der Symptome in unklaren Fällen durch Thyreoideadarreichung spricht für beginnende Basedow'sche Erkrankung. 80 pCt. der Fälle betreffen Frauen. Bei der Behandlung waren Mittel wohlthätig, welche die Secretion vermindern und die Circulation beruhigen, d. i. Strophantus, ferner geistige und körperliche Ruhe.

In ausgesprochenen Fällen ist Thyroideadarreichung schädlich. Thymusdrüse ist zeitweilig von Nutzen. Wenn Drucksymptome bestehen, soll ein Theil der Drüse entfernt werden. Gewöhnlich ist die Operation nicht rathsam.

LEFFERTS.

134) **M. E. Valude. Elektrische Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (The electric treatment of exophthalmic goitre.)** *Journal of eye, ear and throat diseases. Mai, Juni 1900.*

Bei Morbus Basedowii soll in Anbetracht dessen, dass wir nur wenig wirksame Behandlungsweisen besitzen, intensive Galvanisation des Halssympathicus angewandt, und gleichzeitig der Orbicularis palpebarum und die Praecordialregion faradisirt werden. EMIL MAYER.

135) **James B. Herrick. Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (The treatment of exophthalmic goitre.)** *N. Y. Med. Journal. 16. Juni 1900.*

Dosen von 0,005 Hyoscinum hydrobromicum beträchtliche Zeit hindurch verabreicht, und 0,003—0,006 Pikrotoxin erwiesen sich nützlich. LEFFERTS.

136) **H. O. Nicholson. Ein Kretin erfolgreich mit Thyreoideaextract behandelt. (A cretin successfully treated with thyroid extract.)** *N. Y. Medical Record. 23. Juni 1900.*

Verf. berichtet über ein 2 Jahre 8 Monate altes Mädchen, welches noch im Alter von 8 Monaten normal erschienen war. Um diese Zeit stellten sich Veränderungen ein, und als es Verf. zum ersten Mal zu Gesicht bekam, zeigte es ausgesprochene Zeichen von Cretinismus. Es wurde eine Schilddrüsenbehandlung, etwa 0,2 täglich in Pulvern, eingeleitet, und nach etwa 3 Monaten waren nur noch Spuren von Cretinismus vorhanden. Photographieen demonstriren den Zustand vor und 4 Monate nach Einleitung der Behandlung und zeigen sehr deutlich den Unterschied. Unglücklicherweise acquirirte das Kind maligne Masern und starb daran. LEFFERTS.

137) **H. M. Biggs. Die Thyreoideatherapie. (The therapeutics of the thyroid gland.)** *N. Y. Medical Record. 14. Juli 1900.*

B. hält die ganze Thyreoideatherapie noch für ungeregelt und unsicher. Bei Cretinismus ist der Einfluss dieser Behandlung am deutlichsten, aber das Mittel muss durch den ganzen Rest des Lebens hindurch angewandt werden. Die Zustände, in denen das Mittel besonders gebraucht wird, können folgendermaassen klassificirt werden: 1. Morbus Basedowii; 2. Psorias, Ekzem, Alopecia, Lupus und gewisse andere Hautkrankheiten; 3. Struma; 4. verschiedene Krankheitszustände; 5. Obesitas; 6. zurückgebliebene Entwickelung bei Kindern; 7. Tetanie; 8. eine Anzahl von Erkrankungen, wie Chlorose, Anämie, Syphilis, Arteriosklerose, in welchen das Mittel empirisch angewandt wird.

In zwei Fällen von Basedow'scher Krankheit wandte Verf. Schilddrüsenpräparate an, aber beide Male war eine Verschlimmerung der Symptome die Folge.

LEFFERTS.

g. Oesophagus.

138) **E. Mc. Kenny. Ruptur des scheinbar gesunden Oesophagus. (Rupture of the apparently healthy oesophagus.)** *Lancet. 21. Juli 1900.*

40 jähriger Mann, seit 20 Jahren Bläser, mit einer Schwellung am Halse, die sich bei der Arbeit eingestellt und schnell über das Gesicht und nach unten auf den Thorax ausgebreitet hat. Starke Dyspnoe; Pat. stirbt nach 7 Stunden. — Es besteht ausgesprochenes subcutanes Emphysem von den Augenlidern bis herab auf die Mammae, ferner pleuritische Adhäsionen und in Pleura und Pericard ein bräunlicher Erguss, der Gasblasen enthält. In der vorderen Wand des Oesophagus

gerade über dem Zwerchfell findet sich ein glatter Riss von 1,5 cm Länge; keine Spur einer Ulceration im Oesophagus oder Magen.

In der Literatur existiren 17 ähnliche Fälle. Die Ruptur ist wohl zurückzuführen auf 1. Erweichung der Wandung und 2. plötzliche Drucksteigerung im im Innern des Oesophagus.

ADOLPH BRONNER.

139) **E. J. Mc Weeney. Ruptur eines anscheinend gesunden Oesophagus. (Rupture of apparently healthy esophagus.)** *N. Y. Med. Record. 4. August 1900. N. Y. Medical News. 11. August 1900.*

Verf. kommt zu folgenden Schlussbetrachtungen: Die grosse Majorität der Fälle betrifft Männer im besten Lebensalter, besonders Alkoholisten und Personen, die häufig Anfälle von Erbrechen und Würgen haben. Würgen und Erbrechen sind fast stets die Ursache. Die Symptome bestehen in einem plötzlichen Schwindelgefühl, Todesangst, mit bald folgender Dyspnoe und Collaps. Der Schmerz nimmt beim Schlucken zu. Die charakteristische Haltung ist eine sitzende Position mit so weit als möglich vorgebeugtem Rumpfe. Das auffallendste und konstanteste Symptom ist Emphysem, das zuerst am Halse auftritt und sich über Gesicht und Hals verbreitet. Die grosse Mehrzahl der Fälle stirbt in den ersten 24 Stunden. Die Ruptur besteht beinahe immer in einem longitudinalem Schlitz, gerade über dem Diaphragma, gewöhnlich in Communication mit der linken Pleurahöhle.

Die zwei hauptsächlichsten ätiologischen Factoren bei der Ruptur des makroskopisch normalen Oesophagus sind Erweichung der Wandung und plötzliche Zunahme des Innendrucks. Die Erweichung rührt zum Theil her von intravitaler Digestion und zum Theil von entzündlicher Infiltration. Digestion ist zurückzuführen auf Circulationsstörungen und Verweilen von peptischen Substanzen im Oesophagus nach dem Erbrechen. Die Vermehrung des Druckes ist der heftigen Propulsion von Mageninhalt in die unteren Speiseröhrenabschnitte zuzuschreiben, während gleichzeitig die oberen Theile durch den krampfhaften Muskelschluss verlegt sind. Alle Fälle sind letal verlaufen, aber in der Entwickelung der Chirurgie des Mediastinums liegt unsere Hoffnung für die Zukunft.

LEFFERTS.

140) **Koeppelin** (Lyon). **Narbenstenose des Oesophagus. Lungengangrän. (Rétrécissement cicatriciel de l'oesophage. Gangrène pulmonaire.)** *Société des Sciences médicales de Lyon. Juli 1899.*

Ein 34jähriger Kranker leidet an narbiger Stenose des Oesophagus im Anschluss an eine Lungenätzung.

Die Verengerung wurde mit progressiver Dilatation behandelt. Der Kranke besserte sich dabei wesentlich; plötzlich traten Lungensymptome auf, die nach wenigen Stunden den Tod herbeiführten.

Bei der Autopsie fand sich eine sehr enge Stenose des Oesophagus, die den ganzen mittleren Abschnitt einnahm; ausserdem Pseudomembranen auf der linken Pleura, im rechten Unterlappen ein kleinnussgrosser Abscess, schwärzlich, von fötidem Gangrängeruch.

Der Kranke war also einer pseudopulmonären Infection, ausgehend vom Oesophagus, und zwar durch Bougieren entstanden, erlegen.

Es ist demnach besser — das ist die Lehre, die daraus hervorgeht — in derartigen Fällen von Narbenstenose, selbst wenn dieselbe passirbar ist, auf die Gastrostomie zurückzugreifen.

PAUL RAUGÉ.

141) **M. J. Potarca. Narbenstrictur des Oesophagus und Intramediastinalabscess. (Cicatricial structure of the oesophagus and intramediastinal abscess.)** *N. Y. Medical Journal. 4. August 1900.*

Verf. berichtet von einem derartigen Fall, denn er operirte, indem er von der rechten Seite her in das Mediastinum eindrang, ein Eingriff, den er erst an der Leiche vornahm. Er fand die Operation leicht ausführbar und befürwortet ihre Anwendung, besonders weil sie die einzig mögliche Rettungsmethode darstellt.

LEFFERTS.

142) **V. D. Dombromyssleff. Versuche über Resection des thoracalen Abschnitts des Oesophagus auf transpleuralem Wege. (Experiments in resection of the thoracic portion of the oesophagus by the transpleural route.)** *N. Y. Medical Journal. 26. August 1900.*

Die Versuche wurden an menschlichen Leichen und an lebenden Hunden vorgenommen in der Absicht, festzustellen, ob das hintere Mediastinum durch die Pleura pulmonalis hindurch erreichbar wäre. Alle bisherigen Methoden gehen extrapleural vor und geben keinen rechten Zutritt zum Oesophagus im Thorax. Verf. macht einen breiten Einschnitt auf der Rückseite des Thorax durch die sechste bis zehnte Rippe und lässt die Intercostalmuskeln auf der vertebralen Innenseite des Schnittes stehen, gewissermaassen als Angel für das Fenster, welches er dann in den Thorax legt. Die Pleura pulmonalis wird dann entlang dem Oesophagus eröffnet und dieser freigelegt. Der Lappen, welcher Haut, Rippen und Muskeln enthält, wird wieder sorgfältig an seinen Platz durch Nähte festgelegt und die Luft in der Pleurahöhle mit negativem Druck von über 30 mm wieder entfernt. Die Operationen wurden an Hunden unter Aethernarkose und künstlicher Respiration ausgeführt.

LEFFERTS.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **F. de Havilland Hall** und **Herbert Tilley. Die Krankheiten der Nase und des Halses. (Diseases of the Nose and Throat.)** Zweite Auflage. London. H. Jh. Lewis. 1901.

b) **P. Watson Williams. Die Krankheiten der oberen Luftwege. (Diseases of the Upper Respiratory Tract.)** Vierte Auflage. Bristol. J. Wright & Co. 1901.

Von diesen beiden trefflichen Lehrbüchern, die unseren Lesern bereits aus früheren Besprechungen, wenn nicht im Original bekannt sind, und welche mit

dem M'Bride'schen Lehrbuch unfraglich die drei besten modernen britischen Lehrbücher unsres Faches darstellen, sind fast gleichzeitig neue Auflagen erschienen, die, jede in ihrer Art, bedeutende Veränderungen der früheren Auflagen darstellen. Wir sprechen hier nicht davon, dass sowohl de Havilland Hall wie Watson Williams ihre neuen Auflagen vollständig auf die Höhe zeitgenössischen Wissens und Könnens gebracht haben. Das ist bei Autoren ihres Ranges selbstverständlich. Aber jede dieser neuen Auflagen hat etwas ihr eigenthümliches, was sie von ihren Vorgängern unterscheidet. Dr. de Havilland Hall, der seinem Bildungsgange nach mehr Laryngologe als Rhinologe und der vor allem innerer Kliniker ist, hat sich in der Person Dr. Herbert Tilley's einen jüngeren Mitarbeiter beigesellt, der sich seinen Namen hauptsächlich auf rhinologischem und chirurgischem Gebiet gemacht hat, und auf demselben zu den geschätztesten britischen Specialisten gehört. Dies ist dem ganzen Werke, zumal aber den Kapiteln über die Krankheiten der Nebenhöhlen der Nase zu gute gekommen. Dieselben sind vollständig neu geschrieben, und repräsentiren in vorzüglichster Weise den modernsten Standpunkt auf diesem Gebiete. Auch in anderen Kapiteln sind die verschiedenen chirurgischen Massnahmen mit grösserer Ausführlichkeit behandelt als in der ersten Auflage, während die Vorzüge des Buches: Vollständigkeit, reiche eigene Erfahrung, ausgedehnte Literaturkenntniss, nüchterne Beurtheilung fremder Theorien und Erfahrungen, klare Darstellung, praktische Brauchbarkeit, — demselben durchaus erhalten geblieben sind. Es ist ihm mit grösster Wahrscheinlichkeit eine weitere nützliche Laufbahn vorauszusagen.

Dasselbe gilt von dem Williams'schen Werke, das innerhalb sechs Jahren vier starke Auflagen erlebt hat. Ich freue mich aufrichtig, dass die gute Prognose, die ich dem Buche bei seinem ersten Erscheinen stellte (Centralblatt XI, p. 554), so vollständig in Erfüllung gegangen ist. Alles, was ich damals zu seinem Lobe sagte, kann gewissenhafter Weise auch von der neuesten Auflage wiederholt werden. Speciell mag erwähnt werden, dass auch in diesem Buche unsere fortschreitende Kenntniss von den Krankheiten der Nebenhöhlen der Nase zu bedeutenden Umgestaltungen der betreffenden Abschnitte geführt hat.

Was aber der neuen Auflage des Williams'schen Lehrbuches ihr ganz specielles Gepräge verleiht, ist der ihr beigegebene Atlas und vor allem die stereoskopischen Tafeln, welche derselbe enthält. Seit längerer Zeit ist es ein Lieblingsgedanke des Verfassers gewesen, das Verständniss der anatomischen Verhältnisse der Nase und ihrer Nebenhöhlen, sowie des Kehlkopfs und seiner Umgebungen mittelst stereoskopischer Tafeln, welche natürlich vor gewöhnlichen Illustrationen den grossen Vorzug der Plastik haben, zu erläutern, und nach vielen mühevollen Versuchen ist es ihm gelungen, seinen Plan in ganz ausgezeichneter Weise zur Ausführung zu bringen. Neben einer Anzahl vorzüglicher farbiger Illustrationen normaler und pathologischer Zustände der Nase, des Rachens und des Kehlkopfs, die zum weitaus grössten Theil eigene Beobachtungen des Verfassers veranschaulichen, bringt der Atlas eine Reihe stereoskopischer Darstellungen, welche mittelst eines den Tafeln beigegebenen Miniaturstereoskops weitere anatomische und pathologische Details in einer Weise dem Verständniss

erschliessen, wie sie bis jetzt noch nicht dagewesen ist. Wenn ich dem Verfasser meinen herzlichen Glückwunsch zu dem Gelingen seines ebenso originellen wie verdienstvollen Unternehmens ausspreche, so bin ich ganz sicher, dass derselbe von jedermann, der den Atlas studirt, wiederholt werden wird.

Beide hier angezeigte Werke können unsern Lesern auf's Wärmste empfohlen werden. Felix Semon.

---

c) British Laryngological, Rhinological and Otological Association.

Sitzung vom 12. Januar 1900.

Vorsitzender: Barclay Baron.

Der Vorsitzende demonstrirte einen Patienten, der an hämorrhagischem und purulentem Ausfluss aus dem Nasopharynx litt. Im Anschluss an die Einführung des Katheters zur Bekämpfung einer schweren und hartnäckigen Schwerhörigkeit trat eine Neuralgie der rechten Seite des Nasopharynx und der Kopfhaut auf, begleitet von Starre der rechten Gesichtshälfte. Gleichzeitig bestand Verstopfung der Nase; eine harte circumscripte Schwellung konnte an der lateralen Wand des Nasopharynx ausfindig gemacht werden.

Wingrave ist der Ansicht, dass es sich um Neubildung handelt.

Bark hat einseitige schmerzhafte spastische Contracturen der Facialismusculatur gesehen und durch Entfernung von einem Nasopharynxpolypen heilen können.

Mayo Collier hält die Diagnose für unsicher und befürwortet Wiederherstellung der Nasenathmung.

Wyatt Wingrave demonstrirte einen Fall von Lupus (?) der Fauces und des Larynx. Ein Fall von ausgedehnter Ulceration, in welchem Lungentuberculose und Tuberkelbacillen ausgeschlossen werden konnten. Die Diagnose schwankte zwischen Syphilis und Lupus; das kurze Bestehen der Erkrankung, nach den Angaben des Patienten seit 3 Monaten, sprach zu Gunsten der ersteren Diagnose.

Vernarbung und Hebung des Allgemeinbefindens griff unter Verabreichung von Jodkalium Platz.

R. Woods ist der Ansicht, dass der Beginn der Erkrankung, im Anschluss an die Pubertät, gegen Lupus spricht.

Collier empfiehlt Calomelinjectionen. Relative Hartnäckigkeit gegenüber dem Jodkalium ist noch kein Argument wider Lues.

Dundas Grant demonstrirte: 1. ein Emphysem der Orbitalwand der vorderen Siebbeinzelle durch Stoss auf die Nase verursacht. Das einzige Moment der Krankengeschichte war ein Sturz auf die Nase vor 2 Monaten. Es bestanden keinerlei Erkrankungszeichen von Seiten des Siebbeins. 2. Heiserkeit bei Laryngitis im Anschluss an Rhinitis. 3. Strangförmige Synechien zwischen dem Septum und unterer Muschel bei einem 8jäh-

rigen Kinde ohne früheres Trauma oder Naseneiterung. Vor 3 Jahren hatte es eine leichte Diphtherie überstanden. 4. Ein Fall von Lupus der unteren Muschel.

Furniss Potter: Postnasaler Tumor bei einer 47jährigen Frau, wahrscheinlich persistirende Adenoide.

Collier hält sie für Sarkom.

Furniss Potter: Tumor auf jedem der beiden Taschenbänder bei einem 39jährigen Mann.

Ein Stückchen der Geschwulst, die als Lymphangiom diagnosticirt war, wurde auf beiden Seiten entfernt. Eine Verdickung der Taschenbänder blieb zurück. Ist eine weitere Intervention wünschenswerth?

Collier empfiehlt Ruhe und adstringirende Behandlung.

Attwood Thorne demonstrirt für Hill einen Fall von Stammeln bei einem jungen Mann.

Dennis Vinrace befürwortet sorgfältigen Unterricht.

St. George Reid betont, dass er in einigen derartigen Fällen mit postnasaler Verstopfung, sowie trägem und herabhängendem weichem Gaumen die Entfernung eines kleinen Stückes vom hinteren Rand mit Vortheil vorgenommen hat.

Brown Kelly: Nasenbluten durch die Ethmoidalvenen.

Er berichtet von einigen schweren Fällen von Nasenbluten, wo der Blutstrom vom Septum über dem oberen Ende der mittleren Muschel herkam. Er zeigte, dass die rupturirten Blutgefässe wahrscheinlich die vorderen Ethmoidalvenen waren, und dass diese in engem Zusammenhang mit der intracranialen Circulation stehen. Die Abwesenheit von Klappen in den Venen und der Druck im Sinus longitudinalis verursachen einen profusen Strom nach abwärts. Blutungen diesen Ursprunges werden leicht gehemmt durch Packungen von Gaze zwischen die mittlere Muschel und das vordere Septum.

J. Bark berichtet, dass wiederkehrendes Nasenbluten bei Erwachsenen gewöhnlich an der von Kelly bezeichneten Stelle vorkommt, und dass ein kleiner Tampon, der zwischen die mittlere Muschel und das Septum gelegt wird, wirksam ist und wenig Beschwerden verursacht.

R. Woods tritt für constitutionelle Behandlung derartiger Fälle ein als Ergänzung der localen Maassnahmen. Mayo Collier und der Vorsitzende desgleichen.

R. Woods demonstrirt ein Skiagramm von einem Fremdkörper im Oesophagus eines Kindes, der mit Erfolg entfernt worden war.

Sitzung vom 11. Mai 1900.

Vorsitzender: Barclay Baron.

John Macintyre (Glasgow) erörterte die Anwendung der Röntgenstrahlen bei der Diagnose von Erkrankungen des Halses, der Nase und der benachbarten

Organe, wobei er zahlreiche Lichtbilder, Photographien und den Apparat demonstrirte. Nach einer Besprechung der bequemsten Electricitätsquellen, und einer Erörterung der verhältnissmässig vortheilhaften Winshurst-Maschinen und weiterer Bestandtheile des Röntgenapparates, gedenkt er der verschiedenen Formen von Stromunterbrechern einschliesslich des Weknells, und einer von ihm selbst erfundenen Modification. Dann beschreibt er mehrere Methoden zur Controle des Vacuums der Crookes'schen Röhren, und eine sinnreiche automatische Quecksilberpumpe, die er selbst benützt. Er bevorzugt als Salz für den Schirm das Bariumplatincyanür. Das Kaliumplatincyanür ist zwar heller aber weniger dauerhaft. Der Gebrauch des Schirmes tritt allmälig mehr in den Vordergrund. Wenn man jedoch Photographien nöthig hat, so sind dazu Platten von kurzer Expositionsdauer erforderlich. Sodann verbreitete sich Macintyre über die stereoscopische Betrachtung des Schirmes und der Photographien. Er wies dann zunächst darauf hin, wie abgesehen von der Anwendung von X-Strahlen zur Localisation von Fremdkörpern im Oesophagus, im Larynx, Antrum und den Bronchien, dieselben Kieferbrüche, Vergrösserungen des Herzens und Aneurysmen sichtbar machen, wenn andere diagnostische Maassnahmen versagen. Auf diese Weise vermochte er vergrösserte Mediastinaldrüsen und Flüssigkeitsansammlungen in Pericard und Pleuren festzustellen. Interessant war die Mittheilung, dass ein deutlicher Schatten bei tuberculösen Veränderungen der Lungenspitzen wahrnehmbar war. Untersuchungen der accessorischen Nebenhöhlen haben ebenfalls wichtige Resultate ergeben; so konnte z. B. eine durch das Infundibulum in die Stirnhöhle eingeführte Sonde deutlich wahrgenommen werden. Endlich wird systematische Untersuchung der Patienten durch die X-Strahlen empfohlen. In vielen Fällen ergänzt die Methode nur die anderen diagnostischen Hülfsmittel, aber in einigen Fällen hat M. auch werthvolle Aufklärungen bringen können, wo andere Mittel versagten. Es folgte eine kurze Discussion. Ernest Waggett (London).

III. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Mit dem Abschlusse der Juninummer ist Dr. Felix Klemperer (Berlin) wegen Zunahme anderweitiger Verpflichtungen von seiner Thätigkeit als Viceredacteur des Centralblattes zurückgetreten. Ich kann ihn aus seiner Stellung nicht scheiden lassen, ohne ihm für seine langjährige, mühevolle Thätigkeit, die er durchgehends in mustergiltiger Weise ausgeübt hat, meinen besten Dank auszusprechen. Erfreulicher Weise bleibt er dem Centralblatt als Mitarbeiter erhalten. An seine Stelle als Viceredacteur tritt Herr Dr. F. Umber (Berlin).

Der Herausgeber.

Druck von L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XVII. Berlin, August. 1901. No. 8.

I. Die neue deutsche Prüfungsordnung für Aerzte.

Für das deutsche Reich ist unter dem 28. Mai 1901 eine neue Prüfungsordnung für Aerzte erlassen worden. Dieselbe bringt tief einschneidende Veränderungen, welche vorwiegend die Aufmerksamkeit der Aerzte und weiterer Kreise in den Vorbereitungsstadien auf sich gezogen haben. Während bisher zum Studium der Medicin ausschliesslich das Reifezeugniss eines deutschen humanistischen Gymnasiums berechtigte, wird jetzt (§ 6) bestimmt, dass ausserdem auch das Abgangszeugniss eines deutschen Realgymnasiums genügt. Dann aber ist das sogenannte „Practische Jahr" hinzugekommen; derjenige, welcher die Staatsprüfung bestanden hat, muss, bevor er die Approbation als practischer Arzt etc. erhält, „gewöhnlich im unmittelbaren Anschluss an die Prüfung ein Jahr lang an einer Universitätsklinik, Universitätspoliklinik oder an einem dazu besonders ermächtigten Krankenhaus innerhalb des Deutschen Reichs unter Aufsicht und Anleitung des Directors oder ärztlichen Leiters als Practikant sich beschäftigen und von dieser Zeit mindestens ein drittel Jahr vorzugsweise der Behandlung von inneren Krankheiten widmen."

Ausser diesen wichtigsten Veränderungen bringt aber die neue Prüfungsordnung Bestimmungen, welche zwar die allgemeine Aufmerksamkeit weniger in Anspruch genommen haben, aber namentlich für die Specialfächer von hoher Bedeutung sind. Wir geben im Folgenden den Wortlaut der betreffenden Paragraphen:

§ 25. „Der Meldung — zum Examen — ist der Nachweis beizufügen, dass der Kandidat nach vollständig bestandener ärztlicher Vorprüfung mindestens

1. je zwei Halbjahre hindurch an der medicinischen, chirurgischen und geburtshülflichen Klinik als Practikant regelmässig Theil genommen, 4 Kreissende in Gegenwart des Lehrers oder Assistenzarztes selbstständig entbunden;

2. je ein Halbjahr als Practikant die Klinik für Augenkrankheiten, die medicinische Poliklinik, die Kinderklinik oder -Poliklinik, die psychiatrische Klinik, sowie die Specialkliniken oder -Polikliniken für Hals- und Nasen-, für Ohren- und für Haut- und syphilitische Krankheiten regelmässig besucht, sowie am practischen Unterricht in der Impftechnik Theil genommen und die zur Ausübung der Impfung erforderlichen technischen Fähigkeiten und Kenntnisse über Gewinnung und Erhaltung der Lymphe erworben;

3. je eine Vorlesung über topographische Anatomie, Pharmacologie und gerichtliche Medicin gehört hat.

Soweit am Universitätsort eine besondere Kinderklinik oder -Poliklinik oder eine besondere Klinik oder Poliklinik für die zu 2 genannten Specialfächer nicht besteht, genügt die Theilnahme an einem Kursus für diese Fächer in der entsprechenden Abtheilung eines von der Centralbehörde ermächtigten grösseren Krankenhauses."

Der § 32 regelt die medicinische Prüfung; sein letzter Satz lautet: „Auch ist die Prüfung auf die für einen practischen Arzt erforderlichen Kenntnisse in der Erkennung und Behandlung der Hals- und Nasenkrankheiten, einschliesslich des Gebrauchs des Kehlkopfspiegels auszudehnen." Und § 39 bestimmt dann noch: „Seitens der Centralbehörde kann die Prüfung in den Hals- und Nasenkrankheiten der chirurgischen Prüfung, diejenige in den Ohrenkrankheiten, den Haut- und venerischen Krankheiten der medicinischen Prüfung zugewiesen werden."

Es ist also durch diese Bestimmung die Laryngologie als ein den anderen Specialitäten ebenbürtiger Unterrichtsgegenstand anerkannt worden: sie ist zu einem sogenannten Zwangskolleg geworden, und zwar wird nicht die Theilnahme an einem laryngoskopischen Kursus, sondern der Besuch einer laryngologischen Klinik oder Poliklinik gefordert. Es wird durch diese Bestimmung unvermeidlich, dass nun an allen deutschen Universitäten laryngologische Kliniken oder Polikliniken errichtet werden, was wiederum die Schaffung ausserordentlicher Professuren im Gefolge haben wird. Die Bestimmung des letzten Passus des § 25 trägt die Kennzeichen einer Uebergangsbestimmung an der Stirn. Es ist selbstverständlich, dass derjenige Lehrer, dem der laryngologische Unterricht in einem grösseren Krankenhause übertragen wird, nach der Einrichtung einer laryngologischen Professur und einer laryngologischen Klinik streben und hierbei Erfolg haben wird.

Dem Leiter der laryngologischen Klinik steht es zu, die Practikantenscheine, welche die Studirenden, um zum Examen zugelassen zu werden, vorlegen müssen, zu verweigern. Er hat es also in seiner Hand, dafür zu sorgen, dass seine Klinik von den Zuhörern regelmässig besucht wird und kann dieselben auch einzeln in Bezug auf ihre Kenntnisse und Fertigkeiten beobachten. Diese Einrichtung giebt dafür Bürgschaft, dass die Kandidaten der Medicin den laryngologischen Unterricht mit Ernst und Fleiss wahrnehmen. Es wird deshalb auch kaum Klage darüber geführt werden können, dass die Laryngologie nicht zu einem besonderen Prüfungsgegenstand gemacht worden ist. Der laryngologische Professor kann eben demjenigen, der in seinem Fache nicht Hinlängliches gelernt hat, den Practikantenschein verweigern und ihn hierdurch zwingen, die laryngologische Klinik noch einmal zu besuchen. Die schon so viel überlasteten Examinanden können aber wegen der Laryngologie nicht durch's Examen fallen, wenn auch der betreffende Examinator, also entweder der Professor der inneren Medicin oder der Chirurg die Leistungen und Kenntnisse des Examinanden in der Laryngologie sicher mitberücksichtigen wird, um sie entweder durchkommen oder durchfallen zu lassen.

Alles in Allem bedeutet die neue Prüfungsordnung für unsere Disciplin einen gewaltigen Fortschritt, über den uns zu freuen wir allen Grund haben.

II. Referate.

a. Allgemeines, Medicamente, Instrumente etc.

1) **Mayo Collier. Die Mundathmung und ihre Beziehung zu Erkrankungen des Halses, Ohres, der Nase und der Nebenhöhlen. (Mouth-breathing and its relation to diseases of the throat, ear, nose and accessory cavities.)** *N. Y. Medical Journal. 8. December 1900.*

Bei bestehender Mundathmung kommen die physiologischen Functionen der Nase — Erwärmung, Feuchthaltung und Filtration der Luft — kaum mehr zur Geltung und gehen für die respiratorische Function verloren; dabei ist unter mangelhafter Nasenrespiration Verstopfung der Nase im weitesten Sinne zu verstehen. Langdauernde Mundathmung verursacht, selbst wenn die Nase dabei gesund ist, mehr weniger ausgesprochene Atrophie von Muskeln und Geweben der äusseren Nasenpartien mit Collaps der Nasenflügel und verräth sich durch einen sehr charakteristischen Gesichtsausdruck. Daher bringt die Mundathmung, selbst wenn sie bei gesunder und durchgängiger Nase besteht, schliesslich eine Verstopfung der vorderen Nasenpartien mit sich, infolge der Atrophie durch Nichtgebrauch. Daran schliesst sich eine Schwellung der die Nase sowie die Nebenhöhlen auskleidenden Schleimhaut durch Gefässerweiterung, welche wieder die Athmungswege durch die Nase verengert und Verstopfung der letzteren provocirt. Auf diese Weise entsteht ein Circulus vitiosus. Verlegung der Nasenathmung verringert den Luftgehalt in Stirnhöhle, Siebbeinhöhle, Keilbein- und Kieferhöhle, verursacht Congestion zur Schleimhaut, möglicherweise auch Ausfluss und Verlegung der natürlichen Oeffnung, selbst wenn weder Erkrankung noch Katarrh vorausgangen ist. Daher muss bei Erkrankungen dieser Nebenhöhlen zu allererst nachgesehen werden, ob die Luftwege frei sind, sowohl bei chronischen wie bei acuten Fällen. Politzern hat da nur wenig Werth; es muss vielmehr eine dauernde und beständige Passage der Luft erstrebt werden. Die Mundathmung ist regelmässig vergesellschaftet mit hohem Gaumen, asymmetrischem Oberkiefer, prominenter Nase, abgeflachtem Gesicht.

Wenn derartige Fälle zeitig in Behandlung kommen und die Nasenathmung wiederhergestellt wird, formt der die Nase constant passirende Luftstrom allmälig den Oberkiefer wieder, dehnt ihn aus und bringt die Formabweichungen allmälig wieder zum Schwinden. Die Anämie, der Gewichtsverlust, die geistige Indolenz der Kinder mit Wucherungen im hinteren Nasenraum erklärt sich wahrscheinlich durch die mangelhaften Oxydationsvorgänge während der Nacht. Die Heilung und Wiederkehr völliger Gesundheit erfolgt gewöhnlich prompt. LEFFERTS.

2) Lobanoff. **Ueber Eintrocknen und Verbreitung des sog. Xerosebacillus, Diphtheriebacillus und Staphylococcus pyogenes aureus durch den Staub. (Concerning the relation of the so-called Xerosis bacillus, the Diphtherie-bacillus and the Staphylococcus pyogenes aureus to drying and disseminatien in dust.)** *N. Y. Medical Journal. 17. November 1900.*

Verf. hat eine Reihe von Untersuchungen darüber angestellt, ob die genannten Keime eintrocknen und mit dem Staub in die Luft gewirbelt werden können. Er kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: 1. Die Fähigkeit des Xerosebacillus, in trockenem Zustande und vermengt mit Staubpartikelchen wirksam zu bleiben, ist sehr unterschiedlich. 2. Wenn dieser Bacillus in Petri'schen Schalen getrocknet wurde, konnte er nach 12—24 Stunden noch virulent befunden werden, in bedeckten Gläsern noch nach 17 Stunden bis 9 Tagen und bei Vermischung mit Staub nach 17 Stunden bis zu 5 Tagen. 3. Manche Varietäten desselben vertrockneten beim Vermischen mit Staub sehr schnell, andere wiederum besassen diese Eigenschaft nicht in merklichem Grade. 4. Der Diphtheriebacillus bleibt nach Eintrocknen in Petri'schen Schalen virulent.

LEFFERTS.

3) Samuel W. Langmaid. **Die Wirkung des Staubes auf die oberen Luftwege. (The effects of dust on the upper respiratory tract.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 2. August 1900.*

Eine der schrecklichsten Halskrankheiten ist die Tuberculose. In vielen Fällen bildet die moderne Behandlung bei der Milderung der Schmerzen, die von der Schwellung und Ulceration des Larynx herrühren, gute Dienste, und nicht selten tritt völlige Heilung der Ulceration ein. Wenn das ereicht werden kann, so ist damit immer auch das Leben verlängert. Verf. hat mehrere derartige Fälle in diesem Winter in Behandlung gehabt und betont, dass durch den Reiz einer staubigen Atmosphäre die Heilung sehr erschwert und die Schmerzen erheblich gesteigert werden.

EMIL MAYER.

4) Fletcher M. Gardner. **Verstopfung der oberen Luftwege. (Obstruction of the upper air-passages.)** *Indiana Medical Journal. September 1900.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

5) J. Zahorsky. **Erkältung als ätiologischer Factor bei Erkrankungen der Luftwege. (Cold as an etiological factor in diseases of the air-passages.)** *N. Y. Medical Record. 4. August 1900.*

1. Gewöhnliche Erkältungen und acute Infectionskrankheiten. 2. Ungünstige Witterungseinflüsse disponiren zur Infection. Der schädliche Effect wechselnder, milder Witterung ist unzweifelhaft. 3. Selten vermögen normale oder gelegentliche Bakterien der oberen Luftwege die Krankheit anzufachen. 4. Im Allgemeinen ist ein Microorganismus, der von einer erkälteten Person übertragen wird, die Entstehungsursache.

LEFFERTS.

6) H. S. Purdon. **Nase, kalte Füsse, Tabakherz und Convallaria majalis. (The nose, Cold feet, „Tobacco Heart" and Convallaria majalis.)** *N. Y. Medical Journal. 8. September 1900.*

Die beiden Symptome, die mit dem Weakened heart und dem „soft" Puls

nach Tabakexcessen einhergehen: Congestionirte oder dunkelrothe Farbe der Nase, allgemeines Kältegefühl und, besonders im Winter, kalte Füsse — als Folgen einer geschwächten Circulation — werden nach Verf.'s Ansicht erheblich gebessert durch den Gebrauch des Extractum fluidum aus der Convallaria majalis, die nicht die cumulativen Wirkungen der Digitalis zeigt. LEFFERTS.

7) **A. T. Lartigau. Die Bakteriologie des Influenzabacillus. (The bakteriology of the influenza bacillus.)** *N. Y. Medical Journal. 22. December 1900.*

Der „Bacillus influenzae", der durch Pfeiffer 1892 entdeckt wurde, erscheint als besonders kleiner, dünner, unbeweglicher Bacillus, dessen Länge die Breite kaum 2 oder 3 mal übertrifft. Die Bacillen färben sich mit einigen basischen Anilinfarben, welche sie jedoch ziemlich schlecht und ungleichmässig aufnehmen. Die Endpole sind gewöhnlich dunkler gefärbt als die Mittelstücke, wodurch sie häufig wie Diplokokken aussehen. Ausserhalb des Körpers ist der Bacillus sehr empfindlich gegen Schädlichkeiten und auf Grund zahlreicher Beobachtungen kommt Verf. zu der Vorstellung, dass die Lebensdauer desselben ausserhalb des Körpers sehr kurz ist und dass sich die Infection wahrscheinlich durch Berührung mit frischem Secret vollzieht. Mit gewissen Einschränkungen kann die Frühdiagnose oft durch blosse mikroskopische Untersuchung, ohne Culturverfahren, gestellt werden. Wenn noch andere Bakterien vorhanden sind, wird die Diagnose viel schwieriger und dann werden gewöhnlich Culturen nöthig. Reinculturen werden am besten auf festen Nährböden gezüchtet, die vorher mit einer dünnen Schicht von Menschen- oder Thierblut bestrichen werden. LEFFERTS.

8) **G. R. Butler. Das klinische Bild der epidemischen Influenza. (The clinical picture of epidemic influenza.)** *N. Y. Medical Journal. 22. December 1900.*

Verf. betont, dass die Symptomatologie der Erkrankung ganz ausserordentlich verschieden ist. Frösteln oder Schüttelfrost sind gewöhnliche Vorboten. Fieber ist fast immer vorhanden. Regelmässig bestehen starke Kopfschmerzen und allgemeine Beschwerden, Schwäche und Prostration. Delirium ist nicht selten. Je nach der speciellen Localisation der Infection lassen sich gewisse Arten der Krankheit unterscheiden mit entsprechenden Symptomen, so die respiratorische Form, die nervöse Form etc. Circulationssymptome sind häufig. Das Nervensystem ist bis zu einem gewissen Grade in allen Fällen befallen. Die Milz kann acut vergrössert sein. Acute Nephritis ist nicht selten. Zuweilen wird Schwindel beobachtet. Herpes labialis kommt dabei oft vor. In zweifelhaften Fällen ist die bakteriologische Untersuchung werthvoll. Die Erkrankung kann unter Umständen mit Typhus, Cerebrospinal-Meningitis und Bronchopneumonie verwechselt werden. Heilung tritt in der grossen Mehrzahl der Fälle ein. LEFFERTS.

9) **A. Malherbe und A. Bayce. Complicationen des Nasenrachens und Ohres bei Influenza. (Complications rhino-pharyngées et auriculaires de la grippe.)** *Bulletin médical. 29. December 1900.*

Allgemeine Uebersicht über Rhinitis, Rhinopharyngitis im Gefolge der Influenza. Verff. betonen besonders die Otitis catarrhalis und purulenta, sowie ihre Complicationen und geben die Behandlung dieser verschiedene Erkrankungen an.

A. CARTAZ.

10) **T. S. Bury** und Andere. **Discussion über die Affectionen des Nervensystemes durch Influenza. (A discussion on influenza as it affects the nerveus system.)** *N. Y. Medical Journal. 20. October 1900.*

Fälle von Influenza, bei welchen das Nervensystem scheinbar von dem Bacillus und seinen giftigen Producten befallen war, können im Grossen und und Ganzen in 2 Gruppen eingetheilt werden. 1. Erkrankungen des Nervensystems, welche sich während des fieberhaften Stadiums oder kurz nachher entwickeln. Meningitis und hämorrhagische Encephalitis geben das beste Beispiel von dieser Gruppe. 2. Nervenerkrankungen, welche gewöhnlich erst auftreten, nachdem die eigentliche Erkrankung vorüber ist. Zu dieser Kategorie gehören Neurasthenie und multiple Neuritis. Man kann annehmen, dass die von den Bacillen producirten Toxine in der zweiten Gruppe weniger virulent sind. Meningitis kann eine Encephalitis begleiten, sich secundär an Otitis anschliessen odèr für sich bestehen. In vielen Fällen besteht eine Mischinfection, wobei Kokken sowie Influenzabillen betheiligt sind. Diese Fälle haben gewöhnlich comatösen Typus, aber in manchen sind auch Unruhe, Delirien, sogar manische Erregung die wesentlichsten Symptome. Alle möglichen Arten functioneller, entzündlicher und degenerativer Zustände werden dabei beobachtet. Verf. berichtet von 5 hierhergehörigen Fällen, in welchen das Gehirn, die peripheren Nerven und das Rückenmark besonders betroffen waren.

(Alle diejenigen, die an der Discussion theilnahmen, waren der Ansicht, dass der Pfeifer'sche Bacillus die Ursache der Influenza darstellt und die Erkrankungen des Nervensystems bei der Influenza auf Bakterientoxine zurückzuführen sind. Buzzard ist der Ansicht, dass die grosse Zunahme schwerer Nervenerkrankungen toxämischer Natur in den letzten 10 Jahren zum Theil auf die Influenza zurückzuführen sind.) LEFFERTS.

11) **E. L. Shurley. Notiz zur Behandlung der Influenza mit Hydrotherapie. (A Note concerning the treatment of influenza by the employment of hydrotherapy.)** *N. Y. Medical Record. 22. December 1900.*

Die erste therapeutische Indication soll darin bestehen, der Natur zu helfen die Infection zu eliminiren, sowie ihre Wirkung auf die gangliösen Nervenelemente abzuschwächen. Das Heisswasserbad, Dampfbad oder heisse Packung, mit Chinin und milden schmerzstillenden Mitteln soll zuerst angewandt werden. Bei sehr hohen Temperaturen sind kalte Packungen heissen Bädern vorzuziehen. Besonders gegen Schmerz soll Tinctura Opii camphorata oder Opium gegeben werden. Gegen die Schwäche und Erregung nach dem ersten Stadium ist Phosphor (0,01 g) in Kapseln und Oel genommen zweckmässig, ebenso Strychnin. Complicationen und Folgezustände sollen je nach dem Fall behandelt werden. Die Anwendung von Kohlentheerproducten ist gewöhnlich nicht räthlich. LEFFERTS.

12) **A. Jacobi. Behandlung der Influenza bei Kindern. (Treatment of influenza in children.)** *N. Y. Medical Journal. 22. December 1900.*

Nur unter aussergewöhnlichen Umständen lässt sich bei Influenza der Contact vermeiden. Keine Krankheit disponirt in höherem Maasse zur Tuberculose als Influenza. Expectorirter Schleim und ausgeschnaubte Partikel sollen gesammelt

und desinficirt oder vernichtet werden. Geräthe, Spielzeuge, Handtücher, Taschentücher und Wäsche sollen ebenso sorgfältig behandelt werden wie bei Tuberculose. Man soll auf Isolirung dringen und den Gebrauch von desinficirenden Mundspülungen befürworten. Das Trinkwasser soll angesäuert und Nasenspülungen vorgenommen werden. Specifische Mittel giebt es nicht, rationelle hygienische, symptomatische und kräftigende Medicationen kommen allein in Betracht. Zur Reinigung des Darmtractus von Mikroben und toxischen Ingestis sollen purgirende Calomeldosen gegeben werden, der wichtigste Punkt bei der Erkrankung kleiner Kinder; dabei knappe Diät und anfangs Flüssigkeiten. Alkohol ist in der Reconvalescenz zweckmässiger als im Verlauf der Erkrankung. Kalte Bäder bei Fieber sind contraindicirt. Bei grossen Muskelschmerzen und Unruhe sind warme Bäder oft wohlthätig. Chinin ist nützlich. Mossé giebt, um die Erkrankung abzukürzen, 1,0—1,25 g am ersten Tage, zuweilen auch am zweiten. Anhaltendes Erbrechen soll durch Vermeidung der Ernährung per os bekämpft werden; am meisten hilft da Morphium, Eis nur wenig. Eine Tablette von $^1/_2$ mg oder $^1/_2$ Tropfen Magendie'scher Solution soll in den Mund eingeführt und da absorbirt werden. Acetanilid ist, als Anilinderivat, giftig, Antipyrin dagegen wirksam. Eines der besten Stimulantien stellt der Sibirische Moschus dar und Verf. kennt nichts Besseres in dringenden Fällen. Ein 2jähriges Kind soll von einer 10proc. Tinctur 5—10 kleine Tropfen alle halbe Stunde bis zu 6 oder 12 Tropfen nehmen. Verf. schliesst mit einer Beobachtung von Goldschmidt, dass von 112 Personen, die gelegentlich einer Blatternepidemie geimpft worden und nachträglich der Influenza ausgesetzt waren, alle von letzterer verschont blieben. Er glaubt, dass dies auf die Möglichkeit einer zukünftigen Serumtherapie der Influenza und ihrer ernsten Folgen hinweise.

LEFFERTS.

13) **R. W. Wilcox. Die Behandlung der Influenza bei Kindern. (The treatment of influenza in adults.)** *N. Y. Medical Journal. 22. December 1900.*

Opium und alle Maassnahmen, die den Bluldruck herabsetzen, sollen vermieden werden. Wenn die Infection sorgfältig behandelt wird, darf sie bei einem gesunden Individuum keinerlei Spur hinterlassen, aber unsere Befürchtungen werden wach, wenn wir es mit epidemischer Influenza bei alten Alkoholikern zu thun haben, oder bei Diabetikern, bei Personen mit kranken Arterien, krankem Herzen oder degenerirten Nieren, oder bei hochbetagten Patienten. Jedoch bei Vermeidung aller blutdruckherabsetzenden Mittel und Berücksichtigung nicht allein der Krankheitssymptome, sondern auch des Allgemeinbefindens hat die Behandlung der Krankheit und des Kranken bei einem grossen Procentsatz unserer Fälle noch Erfolge aufzuweisen.

LEFFERTS.

b. Nase und Nasenrachenraum.

14) **O. Muck. Vorkommen von Rhodan in Nasen- und Conjunctivalsecret. (The occurence of Rhodan in the nasal and conjunctival secretion.)** *N. Y. Medical Record. 15. September 1900.*

Verf. untersuchte das Nasensecret auf diesen Bestandtheil des Speichels,

indem er Wattebäuschchen einführte, die mit verdünnter Eisenchloridlösung und etwas Salzsäure angefeuchtet waren. Wo das Nasensecret damit in Berührung kam, entstand eine röthliche oder gelblich-bräunliche Färbung. Zur weiteren beweisenden chemischen Reaction wurde reines Filtrirpapier mit einer Mischung von concentrirter Jodwasserstoffsäure, verdünnter Schwefelsäure und Stärkelösung getränkt. Wenn diese mit Nasensecret befeuchtet wurde, färbte es sich blau, als Beweis, dass durch die reducirenden Eigenschaften der Rhodanbase Jod frei gemacht wurde.

LEFFERTS.

15) **A. Seifert. Affectionen der Nase und ihre Beziehung zu Allgemeinerkrankungen. (Affectionen of the nose in their relations to general affections.)** *N. Y. Medical Record. 22. September 1900.*

Verf. macht besonders darauf aufmerksam, dass verschiedene Herzneurosen von intranasalen Leiden abhängen. Chlorotische Kinder leiden oft an Trockenheit der Nase und bei den verschiedenen sog. Blutkrankheiten kommen Nasenblutungen häufig vor. Die Nase ist oft Eingangspforte für die Keime von Infectionskrankheiten wie Scharlach, Diphtherie, Tetanus etc. Die gleiche Beobachtung gilt auch für die chronischen Infectionskrankheiten wie Tuberculose und Lupus. Der Artikel enthält nichts Neues.

LEFFERTS.

16) **L. Revillet. Von der Nase herrührender Husten bei Tuberculose. (Nasal cough in Tuberculosis.)** *N. Y. Medical Record. 24. November 1900.*

Ein unregelmässiger Husten, der besonders des Nachts in Rückenlage auftritt; Missverhältniss zwischen Husten und Auswurf; Nasenerkrankungen, Polypen, Wucherungen, Hypertrophien und Atrophien der Schleimhaut, Ozaena; die hintere Rachenwand trieft von schleimig-eitrigem Ausfluss. Die Behandlung besteht in Nasenwaschungen mit warmem Salzwasser, auch unter Zusatz von etwas Borsäure oder Citronensaft. Man kann auch eine Mischung anwenden, die sich aus Borsäure, Menthol und Cocainum hydrochloricum zusammensetzt. Nasendouchen mit Schwefelwasser geben ausgezeichnete Resultate. Wenn die Secretionen hartnäckig weiter bestehen, müssen Cauterisationen der Schleimhaut mit dem Galvanokauter angewandt werden.

LEFFERTS.

17) **Alexander Francis** (Brisbane, Queensland). **Bemerkungen über intranasalen Druck als Ursache von Kopfschmerzen. (Notes on intranasal pressure as a cause of headache.)** *Australasian Medical Gazette. 20. August 1900.*

F. ist der Meinung, dass Druck der mittleren Muschel auf das Septum nasi eine der bedeutsamsten, wenn nicht die allergewöhnlichste Ursache der Kopfschmerzen darstellt. Kopfschmerzen in Folge von intranasalem Druck weisen deutliche Periodicität auf. Sie beginnen oft mit einem Gefühl von Schwellung des Nasenrückens oder einem dumpfen Schmerz in der Nase, und der Schmerz verbreitet sich dann über den ganzen Kopf. Ursachen, welche eine intranasale Congestion hervorrufen, wie z. B. Excesse in der Diät, Einfluss der Luft und des Sonnenlichtes, bringen den Anfall zum Ausbruch. Ein Patient bemerkte z. B., dass jedesmal, wenn ein bestimmter Baum in seinem Garten blühte, seine Kopf-

schmerzen auftraten. Das einzige objective Merkmal ist eine Schwellung einer oder beider mittlerer Muscheln. In Fällen, wo diese Anomalie paroxysmenweises Niesen hervorrief, bestanden keine Kopfschmerzen. „Niesen und Fliessen der Nase scheinen das Sicherheitsventil der Nase zu sein.“ Detaillirte Krankengeschichten von elf schweren Fällen sind beigefügt, in denen Resection der mittleren Muschel ausgeführt wurde. Mit einer Ausnahme, wo die Schlinge angewandt wurde, wurde der Galvanokauter benützt. Die Resultate scheinen die weniger radicale Methode zu rechtfertigen. Recidivfreie Perioden von 1—9 Jahren sind seit der Operation beobachtet.

In der Discussion zu A.'s Vortrag betont Lockart Gibson, dass er ebenso wie andere Rhinologen längst auf die Thatsache aufmerksam geworden war, dass intranasaler Druck Kopfschmerzen verursacht. Septumstacheln und Adenoide seien ebenfalls bekannte Ursachen dafür.

A. T. BRADY.

18) **Henri Julian. Nasenkrisen bei Tabes. (The nasal Crises in Tabes.)** *N. Y. Medical Record. 15. September 1900.*

Verf. beschreibt den Zustand, der durch Nies-Attacken mit Parästhesien in der Nase charakterisirt ist, mit vorausgehenden subjectiven Empfindungen in der Gegend des Trigeminus, bestehend in einem sonderbaren Constrictionsgefühl und Steifigkeit der Wange und des Nackens. Das Nasenloch derselben Seite scheint sich plötzlich zu verstopfen und dann erfolgt das Niesen. Es besteht dabei keine Secretionsvermehrung. Die Krise ist unzweifelhaft auf Tabes zurückzuführen.

LEFFERTS.

19) **F. Umber. Sensorielle Krisen bei Tabes dorsalis.** *Zeitschr. f. klin. Medicin. 1900. Bd. 39.*

Verf. weist auf die in Deutschland seither nicht beachteten, zuweilen krisenartig auftretenden Geruchs- und Geschmacksstörungen bei Tabikern hin und bespricht 2 derartige Fälle. Im ersten Fall stellten sich diese „sensoriellen Krisen“ jedesmal bei einem an schweren gastrischen Krisen leidenden Tabiker gegen Ende der Anfälle ein, und zwar regelmässig Abends um die Zeit des Einschlafens; sie beginnen mit einem Gefühl des Geschwollenseins von Hals und Schlund, dann folgen Würgen, quälende Geruchsempfindungen von „abscheulich stinkendem Qualm“ und „verjauchtem Schlamm und Morast“, und starker Speichelfluss. Erst beim völligen Erwachen aus dem Halbschlaf verschwinden die Zustände. Dieselben wiederholen sich mehrmals an 1—2 auf einander folgenden Tagen, jedesmal nach den Magenkrisen, schon seit 15 Jahren, und sind zuweilen auch von gleich ekelhaften Geschmacksanomalien begleitet. Pat. fürchtet sie mehr als die grossen Schmerzen seiner Magenanfälle. In einem zweiten Fall stellten sich als Vorläufer gastrischer Krisen ekelhafte Geschmacksensationen bei einem Tabiker ein mit Hervorquellen von dünnflüssigem Speichel im dünnen Strahl. Objective Anzeichen von Störungen in den betheiligten Sinnesgebieten nicht vorhanden. Verf. glaubt in diesen krisenartigen Reizzuständen der Geschmacks- und Geruchssphäre einen Anhaltspunkt dafür zu haben, dass der tabische Process das Cerebrum in mehr minder ausgesprochene, zum wenigsten functionelle Mitleidenschaft gezogen hat, und fordert zu weiteren Beobachtungen auf.

F. KLEMPERER.

20) **Samuel Kohn. Epileptiforme Krämpfe nach intranasaler Anwendung von Cocain. (Epileptiform convulsions, following the intranasal application of cocaine.)** *N. Y. Medical Record. 24. März 1900.*

Vermittelst eines Wattetträgers wurde die Cocainlösung zuerst in das linke, dann in das rechte Nasenloch und nach einer Minute zum zweiten Mal in das linke Nasenloch applicirt. Da wurde der Patient plötzlich todtenbleich, etwas cyanotisch, die Gesichtsmuskeln begannen zu zucken, es trat allgemeine Muskelerschlaffung ein und Patient fiel schliesslich völlig comatös zu Boden. Dann wurde er von Convulsionen ausgesprochen epileptiformen Charakters befallen und durch schreckliche clonische Muskelkrämpfe von der einen auf die andere Seite geworfen. Die Convulsionen erstreckten sich mehr auf die rechte als auf die linke Körperseite, desgleichen die Gesichtszuckungen. Es trat etwas Schaum vor den Mund, die Pupillen waren gleichmässig erweitert. Der Puls war schwach, 100 in der Minute, aber vollkommen regelmässig. Die Convulsionen dauerten etwa 5 Minuten ohne schwächer zu werden, dann wurden sie allmälig geringer und hörten nach etwa 10 Minuten ganz auf.

LEFFERTS.

21) **J. J. Richardson. Ein Fall von Epilepsie, geheilt durch Operation in der Nase. (A case of Epilepsy cured by operation on the nose.)** *N. Y. Medical Record. 14. Juli 1900.*

Es handelt sich um einen 12 jährigen Knaben mit nervöser Anlage, der von gesunden Eltern stammt. Der Knabe litt seit 18 Monaten an sehr häufigen epileptischen Anfällen, die sich sechs Monate, bevor er in die Behandlung des Verf.'s kam, noch viel öfter einstellten. Es verging kaum ein Tag, an welchem er nicht einen Anfall hatte, manchmal sogar mehrere in 24 Stunden.

Die rhinoskopische Untersuchung ergab eine hyperästhetische Nasenschleimhaut und ausgesprochene Hypertrophie der mittleren und unteren Muschel in der rechten Nasenhöhle. Verf. zerstörte das hypertrophische Gewebe unter Cocainisirung mit dem Elektrokauter in zwei Operationen im Abstand von einer Woche. In der Woche nach der ersten Operation traten nur 3 Anfälle auf, und nach der zweiten Operation überhaupt keiner mehr.

LEFFERTS.

22) **R. Alexander Bate. Heufieber. (Hayfever.)** *American Practitioner and News. 1. August 1900.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

23) **Georg H. R. Dabbs. Heufieber. (Hay-fever.)** *N. Y. Medical Record. 22. September 1900.*

Verf. sagt, dass er seit einigen Jahren bis auf den gegenwärtigen Sommer vom Heufieber verschont geblieben ist. Diese Immunität verdankt er nach seiner Ansicht vielleicht dem Gebrauch einer möglichst starken Salbe von Liquor carbonis detergens mit benzoehaltigem Fett, die nicht zu dick sein darf, damit sie leicht auf die Innenseite der Nasenlöcher applicirt und von dem damit beschickten Pinsel eingeschnaubt werden kann.

LEFFERTS.

24) **Ola S. Hendrixson. Heufieber. (Hay-fever.)** *Columbus Medical Journal. October 1900.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

25) **K. Grube. Ueber die Behandlung des sogenannten Heufiebers oder Sommerkatarrhs. (On the treatment of the so-called „Hay-fever" or summer catarrh.)** *N. Y. Medical Journal. 14. Juli 1900.*

Verf. macht darauf aufmerksam, dass viele Fälle von Heufieber bei Gichtikern vorkommen und betont, dass in solchen Fällen die gichtische Anlage zweckmässig mit dem Heufieber gleichzeitig behandelt wird. Er empfiehlt die Anwendung des Neuenahrer Wassers in Form von Inhalationen, Gurgeln, Nasendouchen zusammen mit Bädern und Massage. Die beste Zeit zu derartiger Behandlung ist der Mai und Juni. Er berichtet von 5 Fällen, die alle durch die erwähnte Behandlung gebessert worden sind.

LEFFERTS.

26) **Notiz des Herausgebers. Neue Behandlung des Heufiebers. (Novel treatment for Hay-fever.)** *N. Y. Medical News. 8. September 1900.*

Ein New-Yorker Künstler verbrachte etwa eine Stunde in einem kalten Waarenhauskeller, um vor einem hartnäckigen Heufieberanfall Erleichterung zu suchen. Als er herauskam, fand er, dass seine Wangen erfroren waren.

LEFFERTS.

27) **Solis Cohn. Heufieber. (Hay-fever.)** *N. Y. Medical Record. 8. September 1900.*

Rp. Brucin. phosph. 0,2
Extr. hyoscyami 0,8
Chinin. valer. 3,75
Camphor. 1,8
M. f. caps. No. XXX.
S. 4mal tägl. 1 Kapsel z. n.
Tablett. pulv. adrenal. (sicc.) ana 0,3.
No. XXIV.
S. Viermal täglich eine im Munde zergehen lassen.

LEFFERTS.

28) **E. B. Gleason. Die Behandlung des Heufiebers. (The treatment of hay-fever.)** *N. Y. Medical Record. 15. September 1900.*

Verf. erwähnt, dass Bishop darauf aufmerksam gemacht hat, dass die nervöse Anlage eines Kranken und die Ueberempfindlichkeit der Nase oft auf einen übergrossen Gehalt des Blutes an Harnsäure zurückzuführen ist. „Horsford's acid phosphates" in Dosen von einem halben Theelöffel in einem grossen Glas Wasser, zu jeder Mahlzeit, gaben sehr günstige Resultate. Verf. verordnete Salpetersalzsäure in Dosen von 3—5 Tropfen der frisch bereiteten Säure nach der Mahlzeit, zuweilen sogar des Nachts. Die Dose soll mit einem halben Wasserglas voll Wasser verdünnt werden, und der Patient, nachdem er die Medicin genommen hat, den Mund ausspülen und ein weiteres Wasserglas voll Wasser hinunter trinken. Die Heufiebersymptome sind gewöhnlich nach 48 Stunden erleichtert,

aber die Dose darf nicht einmal ausgesetzt werden, sonst kehren die Symptome zurück. Hyperästhetische Partien der respiratorischen Nasenschleimhaut sollen mit 10proc. Chromsäurelösung nach Cocainisirung der Nase betupft werden. Vorübergehende Erleichterung der schwersten Anfälle wird erzielt durch Besprayen der Nase mit einer schwach alkalinischen 1proc. Cocainlösung und darnach mit flüssiger Vaseline. Günstige Resultate werden auch berichtet von dem localen Gebrauch einer 10proc. Nebennierenextractlösung.

LEFFERTS.

29) **Seth Scott Bishop. Behandlung des Heufiebers. (Treatment of the Hay-fever.)** *Laryngoscope. October 1900.*

Der Gebrauch von Acid. nitro-muriatic., frisch bereitet, innerlich und Darreichung von Lithium wird ernsthaft befürwortet.

EMIL MAYER.

30) **Ernest Kingscote. Behandlung von Asthma und Heufieber. (Treatment of Asthma and Hay-fever.)** *Therapeutic Gazette. 15. October 1900.*

Nachdem wir zuerst die Vagusreizung entdeckt haben, sollen wir uns bemühen, sie hintanzuhalten. Pfropfen im Gehörgang oder Nasenpolypen sollen entfernt werden. Bronchitis, Lebercongestion, Dyspepsie oder uteriner Ausfluss verlangen Behandlung.

Zur Cardiaerweiterung wird Schott's Behandlung und gegen das Emphysem Campbell's Athemübungen empfohlen.

90 pCt. aller derartig behandelter Patienten wurden vom Verf. geheilt.

EMIL MAYER

31) **Lewis S. Somers. Nebennierenextract bei Heufieber. (Suprarenal gland in Hay-fever.)** *Philadelphia Medical journal. 8. December 1900.*

In Form localer Anwendung ist das Mittel bei dieser Krankheit sehr werthvoll und wenn es auf die Schleimhaut der Nase oder des Pharynx applicirt wird, kann man damit zuverlässig die Nasenathmung wieder herstellen, die Secretion und die Niesanfälle vermindern, und den Patienten, solange die Applicationen fortgesetzt werden, in gutem Zustand erhalten.

Die innerliche Darreichung des Nebennierenextractes betrachtet Verf. als werthlos beim Heufieber, sei es mit oder ohne gleichzeitiger Behandlung. Bei localer Anwendung jedoch in Verbindung mit Maassnahmen je nach dem individuellen Fall hält er es für das einzige weitaus wirksamste Mittel, das wir gegenwärtig besitzen.

EMIL MAYER.

32) **Walker Downie. Zwei Fälle von schwerem und langwierigem Asthma in Abhängigkeit von gleichzeitigen Nasenpolypen, nach deren Exstirpation völlige Heilung von den asthmatischen Erscheinungen eintrat. (Two examples, in men, of severe and prolonged attacks of Asthma, associated with, and apparently dependent upon, the presence of nasal polypi, exstirpation of which resulted in complete immunity from asthmatic symptoms.)** *Glasgow Medical Journal. October 1900. N. Y. Medical Journal. 24. November 1900.*

Verf. ist der Meinung, dass das Bronchialasthma meistens mit Nasenpolypen zusammengeht, und wenn das Asthma durch die Entfernung der Wucherungen

nicht gebessert wird, diese gewöhnlich nicht gründlich genug entfernt worden sind. Mit anderen Worten, es giebt zahlreiche Fälle von sog. reinem Bronchialasthma, in welchem die versteckte Ursache in der Nase liegt. LEFFERTS.

33) **Scanes Spicer. Verstopfung der Nase. (Nasal Obstruction.)** *N. Y. Medical News. 8. September 1900.*

Undurchgängigkeit der Nase für den Inspirationsstrom verursacht unbedingt Herabsetzung des Luftdrucks sowie Trockenheit der Schleimhaut in der Nase und den Nebenhöhlen. Daher betrachtet Verf. die Stenose der Nase als bedeutsamen Factor in der Aetiologie von Halskatarrhen, von Krankheitsprocessen in Nase und Ohren, wie sie sie auch die klinische Erfahrung lehrt. Es wurden ihm oft die verschiedensten Fälle von Verstopfung der Nase zwecks Adenoidoperation zugeschickt, bei denen adenoide Wucherungen überhaupt nicht bestanden oder unbedeutend waren. In vielen Fällen von Adenoiden waren dieselben nur nebensächlich und als eigentliche Erkrankung des betreffenden Kindes spielten vielmehr fracturirte oder deflectirte Nasenbeine und Knorpel, Schwellungen der Muscheln, hypertrophische Tonsillen, die sich nach oben hinter dem weichen Gaumen ausdehnen, verunstaltete Nasenlöcher und zu stark gewölbter Gaumen eine beherrschende Rolle. Die Operation der Adenoiden oder der verstopften Nase wird nachher oft fälschlich als Abschluss der Erkrankung betrachtet. Es ist das nur der erste Schritt dazu. Auf Entwickelung der Brustexpansion durch Athemübungen und Hebung der Respirationskraft ist zu achten. LEFFERTS.

34) **Luigi Bullara. Lungenemphysem infolge von Verstopfung der Nase. Seine Pathogenese. (Pulmonary emphysema due to Nasal Occlusion. Its Pathogenesis.)** *N. Y. Medical Journal. 15. September 1900. N. Y. Medical News. 24. November 1900.*

Verf. sucht die Frage der Pathogenese durch Experimentaluntersuchungen an Hunden zu entscheiden und kommt dabei zu folgenden Resultaten: Vollständiger Verschluss der Nase verursacht in wenigen Tagen Emphysem und ändert den Athemrythmus, indem die Frequenz der Athemzüge abnimmt, die Tiefe derselben dagegen zunimmt. Wenn die Thiere nur durch den Mund athmen, tritt eine geringere Quantität Luft in die Lungen ein, als wenn die Respiration durch die Nase statthat. Daher ist der Schluss erlaubt, dass die Hunde gezwungen sind tiefere Athemzüge zu thun, um das in die Lungen eindringende geringere Luftvolumen zu compensiren; daher ist das Lungenemphysem abhängig von dem vermehrten Volumen der Inspirationsluft, einer rein mechanischen Folge der Verlegung der Nase. LEFFERTS.

35) **Cousteau. Lungenemphysem und Verstopfung der Nase. (Pulmonary emphysema and nasal occlusion.)** *N. Y. Medical News. 15. December 1900.*

Verf. brachte bei Kaninchen das eine Nasenloch zur Obliteration und tödtete die Thiere 7 Monate später. Die Lungen waren emphysematös, hier und da fanden sich durchscheinende kleine Bläschen von Stecknadelkopfgrösse; unter dem Mikroskop erschienen die Alveolarwände verdünnt und sogar an manchen Stellen geborsten. Ein ähnliches Resultat wurde nach 12 Tagen bei Kaninchen erhalten,

denen beide Nasenlöcher zur Obliteration gebracht worden waren. Die Bedeutung der freien Passage durch die Nase wird angesichts der Schnelligkeit, mit welcher sogar unvollkommene Stenose der Nase Lungenemphysem herbeiführen kann, erklärlich.

LEFFERTS.

36) **J. Price Brown. Nasale und postnasale Verwachsungen. (Nasal and postnasal Synechiae.)** *Canadian Practitioner and Review. Juli 1900. Laryngoscope. September 1900.*

Diese Verwachsungen sind stets auf Traumen zurückzuführen. Unvorsichtige oder mangelhafte Entfernung adenoider Wucherungen verursacht leicht Synechieen der Eustachischen Röhre. Nach der Spaltung giebt Verf., zur Offenhaltung der verwachsenen Partien, mit Albolene befeuchteten Wattetampons vor der Gaze den Vorzug. Man kann sie leicht 3 oder 4 Tage, selbst eine Woche liegen lassen. Um Ausfluss hintanzuhalten werden 2—3 mal täglich Albolenesprays angewandt, und der Patient wird dabei angewiesen, auf der der operirten entgegengesetzten Seite zu liegen.

EMIL MAYER.

37) **Max Scheier** (Berlin). **Zur Section des Nasenrachenraums.** *Virchow's Archiv. 157. Bd.*

Scheier giebt eine neue Sectionsmethode an, den Nasenrachenraum ohne äussere Entstellung und ohne irgend äusserlich sichtbare Verletzung des Kopfes aus der Leiche herauszunehmen. Selbst dann, wenn die Schädelsection nicht gestattet wird, kann man diese Methode anwenden. Zuerst wird die Section der Halsorgane in der sonst üblichen Weise vorgenommen. Während man bisher den weichen Gaumen gewöhnlich über der Uvula und dem Pharynx in der Pars oralis durchschnitt, sodass der obere Theil des Rachens in der Leiche zurückblieb, geht man nun zwischen hartem und weichem Gaumen, indem man sich dicht am Gaumenbeinknochen hält, mit einem Knorpelmesser, dessen Klinge frontal gestellt ist, in die Nasenhöhle hinein. Um diesen Schnitt bequem ausführen zu können, muss unter den Nacken der Leiche ein grösserer Klotz gelegt werden, damit der Kopf stark nach hinten herabhängt. Der Schnitt muss bis auf die Schädelbasis geführt werden und seitlich bis zu den medianen Lamellen der Keilbeinflügelfortsätze. Hierdurch wird die Nasenscheidewand ganz hinten noch getroffen, und der hinterste Theil der Nasenhöhle, die Choanen selbst, von deren vorderem Theil abgetrennt. Nun verlängert man den Schleimhautschnitt vom hinteren oberen Backenzahn zum hinteren unteren und durchtrennt gleichzeitig dabei die darunter liegende Musculatur. Hierauf löst man, indem man die Halsorgane stark nach vorn zieht, die hintere Pharynxwand von der Wirbelsäule ab, was ja bei der lockeren Verbindung leicht gelingt. Man kommt nach oben hin auf das Tuberculum atlantis, weiter bis zum Tuberculum pharyngeum ossis basilaris und stösst nun auf die Fibrocartilago basilaris. Jetzt muss man den Fornix des Nasenrachenraums vom Basilarknorpel abpräpariren, ohne die Schleimhaut anzuschneiden. Erst sucht man das Rachendach hinten vom Knorpel etwas abzulösen und dann, nachdem man die Seitenwände des Pharynx freigelegt, die seitliche Pharynxmusculatur durchtrennt und die Tuba Eustachii im knorpeligen Theil soweit als möglich nach

aussen durchschnitten hat, präparirt man erst auf der einen Seite den Fornix ab, unter gleichzeitig kräftigem Herüberziehen der Halsorgane nach der entgegengesetzten Seite und dann auf der anderen Seite.

Nach einer gewissen Uebung gelingt die Herausnahme des Nasopharynx sehr leicht und bequem und binnen weniger Minuten. Am herausgenommenen Präparat kann man nun von vorn her durch die Choanen die Höhle vollkommen übersehen und einen genauen Einblick in die topographische Lage der in derselben gelegenen Organe erlangen und zur genaueren Besichtigung das Septum durchschneiden, die Stellung, Weite und Conformation der Tubenmündung studiren und den knorpeligen Theil der Eustachischen Trompete mit der Scheere eröffnen.

F. KLEMPERER

c. Mundrachenhöhle.

38) **C. A. Hamann. Spindelzellen-Sarkom des Oberkiefers. (Spindle-celled Sarcoma of the superior maxillary.)** *Cleveland journal of Medecine. Juli 1900.*

Bei einem jungen Mädchen trat eine Geschwulst auf, die als ein Sarkom erkannt wurde und die Entfernung des Oberkieferknochens veranlasste. Es wurde die Fergusson'sche Incision gemacht. Der ganze Oberkiefer und ein Theil des Wangenbeins der rechten Seite wurde entfernt. Auch der Boden der Orbita wurde herausgenommen und es wurde darauf gesehen, das Orbitaperiost als Stütze für den Augapfel zu erhalten. Die Heilung ging glatt von Statten. Die histologische Untersuchung des Tumors erwies ein Kleinspindelzellen-Sarkom. Kein Recidiv nach $2^1/_2$ Jahren.

EMIL MAYER.

39) **Frederic C. Cobb. Von den Zähnen ausgehende Cysten. (Dentigeneus cysts.)** *Laryngoscope. December 1900.*

Die Differentialdiagnose zwischen Cysten der oberen Wange und Kieferhöhlenempyem oder Tumoren derselben ist oft dunkel, besonders für den allgemeinen Practiker oder den Zahnarzt. Der mit einer zahnhaltigen Cyste behaftete Kranke wies einen geschwollenen und knochenharten Oberkiefer auf. Der Sitz der Schwellung ist gewöhnlich seitlich von der Nase in der Gegend der Nasenflügel manchmal längs dem Rande der knöchernen Nase bis zum Auge hin. Eine Untersuchung der Nasenlöcher verräth häufig, wenn auch nicht regelmässig, eine Hervorwölbung der äusseren Wand nach innen und oben ins Vestibulum. Der Gaumen wird dabei an umschriebener Stelle abwärts und einwärts vorgedrängt. Beim Heben der Oberlippe erweisen sich die Zähne des Oberkiefers oder wenigstens manche von ihnen erkrankt, und im Allgemeinen ist eine ausgesprochene Schwellung des Oberkiefers bemerkbar.

Die Schwellung des Oberkiefers kann fest oder weich sein, fest, wo noch Knochen besteht, weich, wo er bereits durch den immer wachsenden Druck der Cyste resorbirt ist.

Oft kann man einen Sinus oben in der Schwellung ausfindig machen, oft wird keiner gefunden. Der Tumor kann sogar die Wurzeln einiger Zähne überlagern und die Fossa canina zum Verschwinden bringen.

EMIL MAYER.

40) **F. C. Ewing. Seit 10 Jahren recidivirende Parotitis bei einem gesunden Kinde. (Recurring Parotitis persisting for ten years in a healthy child.)** *Laryngoscope. Juli 1900.*

Ohne seine Ansicht entschieden darüber abzugeben, neigt Verf. dazu, diesen Fall als einfache infectiöse Erkrankung des Ductus Stenonianus durch einen unbekannten Mikroben unter Schwellung der Drüse zu betrachten. EMIL MAYER.

41) **Baudet. Parotislipome. (Lipomata of the Parotid.)** *N. Y. Medical Record. 3. November 1900.*

Verf. betont die Seltenheit dieser Tumoren und theilt sie in drei Gruppen. 1. oberflächliche, subaponeurotische Lipome; 2. tiefe, subaponeurotische Lipome; 3. intraglanduläre Lipome.

Ihre Grösse ist verschieden, von halbei- bis citronengross u. s. w. Es wird sogar über ein Adenolipom von Kindskopfgrösse berichtet. In der Regel treten diese Tumoren zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr auf. Die bisher mitgetheilten Parotislipome sassen alle auf der linken Seite. Ihr Wachsthum geht langsam und gleichmässig vor sich. Die Diagnose ist schwierig. Cysten und Enchondrome müssen ausgeschlossen werden. Entfernung mit dem Messer ist die einzige Behandlung, so wie sie überhaupt gross genug sind, um entfernt werden zu können.

LEFFERTS.

42) **J. E. Talley. Angioneurotisches Oedem der Speicheldrüsen. (Angioneurotic oedema of the Salivary Glands.)** *N. Y. Medical Journal. 27. October 1900.*

Im vorliegenden Falle schien der Charakter der Schwellung, die Schnelligkeit ihrer Entwickelung, der Mangel jedweden Anzeichens für Speichelsteine, die voraufgehende Dyspepsie und die Periodicität, ferner ihr Auftreten bei einer Person, die häufig mit Urticaria zu thun hat und Dermographie aufweist, auf einen Fall von angioneurotischem Oedem der Speicheldrüsen hinzudeuten. Speciell interessant ist, dass die Speicheldrüsen leichter befallen werden als die Lippen, oder sonstige gewöhnliche Stellen der Wahl, und dass die secundäre Parese der Gefässe Hyperämie verursacht, wodurch zeitweilig die Function der Drüsen enorm gesteigert wird, wie der abfliessende Speichel beweist. LEFFERTS

43) **L. Quintin. Fehlende Speichelsecretion. (Abscence of saliva.)** *N. Y. Medical News. 17. November 1900.*

Verf. berichtet über einen Fall von Asialismus. Pat. klagte darüber, dass er wegen Mangel an Speichel seine Nahrung nicht hinunterschlucken könne. Seine Stimme war heiser und es bestand ein ekelhafter Foetor ex ore. Die Zähne waren mit einer dicken Schmutzschicht überzogen. Der Allgemeinzustand des Patienten schien ganz gut zu sein, abgesehen von einer gewissen Schwäche, die wahrscheinlich von der seit einiger Zeit bestehenden Abneigung gegen Nahrungsaufnahme herrührte. Es stellte sich heraus, dass die Urinmenge bedeutend vermindert war. Pat. litt an chronischer Sehstörung. Er war, wie sich ergab, angewiesen worden dagegen eine Atropinlösung zu benutzen; es lag also ein chronischer Atropinismus vor. Sobald das Atropin ausgesetzt wurde, besserte sich der

Zustand und nach 2 Wochen war er völlig geheilt. Der Fall kann als gute Illustration dafür dienen, wie gefährlich es ist, den Patienten beliebige Erneuerung der Ordinationen zu erlauben. LEFFERTS.

44) **Notiz des Herausgebers. Pflege von Mund und Hals und Nase im Typhus. (Care of mouth throat and nose in typhoid fever.)** *Journal American Medical Association. 9. Juni 1900.*

Nasenhöhle und Mund sollen regelmässig und sorgfältig mit einer schwachen Lösung von Borsäure ausgespült werden. Wenn der Patient gurgeln kann, wird zweckmässig folgende Lösung angewandt:

Rp. Salol 2,0
Tct. benzoinae gtt. XXX
Spir. menthae piper. 240,0
MDS. Ein Theelöffel voll auf ein Glas Wasser zum Gurgeln.

Zunge und Zahnfleisch sind häufig zu reinigen vermittelst eines mit 10proc. Borglycerin getränkten Wattebausches. In jedes Nasenloch sind einige Tropfen 10proc. Mentholvaseline oder 10proc. Borvaseline einzuführen. EMIL MAYER.

45) **Chantemesse Widal. Recepte zur Munddesinfection bei infectiösen Erkrankungen. (Formulae for disinfection of the mouth in infective diseases.)** *N. Y. Medical Journal. 6. October 1900.*

Rp. Acid. carbol. pur. 5,0
Glycerini 25,0
Champhor. 20,0.
MDS. Auf die Mundschleimhaut mittelst gestieltem Wattebäuschchen aufzutragen.

Folgendes Recept stammt von Soulez:

Rp. Acid. carb. pur. 5,0
Camphor. 20,0
Olei oliv. 50,0.
MDS. In derselben Weise wie das vorhergehende Recept anzuwenden.

Folgendes Recept stammt von Lemanski:

Rp. Acid. carbol. 5,0
90proc. Alkohol 10,0
Camphorae 20,0
Glyc. pur. 25,0.
MDS. Anwendung wie oben. LEFFERTS.

46) **von Schrötter. Mundspülungen und Gurgeln bei secundärer Syphilis. (Mouth-wash and gargle in secondary Syphilis.)** *N. Y. Medical News. 14. Juli 1900.*

Bei sehr wundem Munde werden nur ganz milde Spülungen vertragen, z. B. dünner Leinsamenthee oder Akaziengummiwasser. Wenn eine etwas stärkere Medication möglich ist, ist eins der folgenden Recepte ganz wirksam:

1. Rp. Kalii chlorati 3,75
Mell. desp. 15,0

Tct. myrrhae 15,0
Aq. dest. 30,0.
MDS. 1 Theelöffel voll in 1 Glas Wasser zum Mundspülen und Gurgeln.

2. Rp. Kalii chlorati 3,75
Aq. menthae pip. 180,0.
MDS. Dünne Lösungen zum Gurgeln etc.

3. Rp. Acid. carbol. 3,75
Tct. sodi 15,0
Glycerini 15,0
Spir. vini rect. 7,0
Aq. dest. 30,0.
MDS. Aeusserlich; 15—20 Tropfen in einem Wasserglas zum Gurgeln etc.

LEFFERTS.

47) **Warren. Mund- und Pharynxspülungen. (Mouth and pharynx wash.)** *N. Y. Medical Record. 17. November 1900.*

Rp. Acid. benzoic. 3,0
Tct. Eucalypti 15,0
Alcohol. 100,0
Ol. menth. pip. 0,75.
MDS. Zu einem Weinglas Wasser bis zur deutlichen Trübung zuzusetzen. 1 Minute lang im Mund zu halten.

LEFFERTS.

48) **John C. Munco. Fälle von acuter Stomatitis. (Cases of acute oral inflammation.)** *Boston Medical and Surgical journal. 13. December 1900.*

Zur Untersuchung wurden die Stomatitisfälle, sowie die Fälle von Glossitis und Angina Ludovici des Boston City Hospital herangezogen, die schwer genug für chirurgische Eingriffe waren, um das klinische Bild dieser schweren Erkrankung etwas genauer zu präcisiren. Die leichteren Formen wurden dabei nicht berücksichtigt. Die in den letzten Jahren aufgetretenen Fälle sind zu spärlich, um eine Bacteriologie der Erkrankungen darauf zu gründen. In den wenigen daraufhin untersuchten Fällen waren die Streptokokken und Staphylokokken vorherrschend.

Der Eindruck, den man beim Studium dieser Fälle gewinnt, ist, dass die Erkrankung schwer ist und die Behandlung energisch sein muss. Wo die Fälle nicht schwer genug sind zur unmittelbaren chirurgischen Entleerung von Eiter oder — was ebenso wichtig ist — Blut, zwecks Erleichterung der Athmung, wie z. B. bei Glossitis und Angina, muss die innere Behandlung ebenfalls energisch sein. Abführen, reichliche Ernährung, Ruhe, reinigende und antiseptische Waschungen und grosse heisse Kataplasmen auf Hals und Gesicht sind oft im Stande, Fälle, die in wenigen Stunden schwer zu werden drohen, zu coupiren. Wo immer Zweifel bestehen, oder Aufschub gefahrvoll erscheint, ist eine freie Incision in die geschwollene Zunge oder den Mundboden das Beste, ob nun Eiter vorhanden ist oder nicht. Die Fälle von Stomatitis können mit Wahrscheinlichkeit günstig beeinflusst werden, wenn der gangränöse Belag mit Curette oder Thermokauter entfernt wird.

Die Incisionen bei Glossitis werden, sofern keine circumscripte Eiteransammlung besteht — die übrigens nicht zu erwarten ist — am besten im Zungenrücken zu beiden Seiten der Medianlinie vorgenommen. Bei Angina Ludovici wird die Incision in den meisten Fällen am besten in der Medianlinie in der Mitte vom Kinn gemacht, von wo aus jede Seite leicht mit dem Finger oder einem stumpfen Instrument untersucht werden kann, bis man den etwa vorhandenen kleinen Eiterherd gefunden hat.

Die Schmerzen sind in diesen Fällen gewöhnlich hochgradig; die Schwierigkeit oder Unmöglichkeit zu schlucken oder zu sprechen, die häufige Dyspnoe und Cyanose, die zu der Allgemeininfection hinzukommen, machen das Krankheitsbild schwer, aber glücklicherweise dauert es unter guter Behandlung nicht lange und bleibt meistens ohne schlimme Folgen. EMIL MAYER.

49) **S. Bernheim. Bucco-pharyngeale Tuberculose. (Bucco-pharyngeal tuberculosis.)** *N. Y. Medical Journal. 3. November 1900. N. Y. Medical Record. 17. November 1900.*

Diese Form von Tuberculose ist häufiger, als man gemeinhin annimmt. Sie kann in primärem, sowie secundärem Verhältniss zur Allgemeininfection stehen und kann localisirt bleiben. Die Localisation der tuberculösen Ulcera ist verschieden, sie kann alle Organe der Mundrachenhöhle befallen, die Lippen, die Innenseite der Wangen, die Alveolarränder, die Kieferknochen, die Zunge, den Gaumen, das Gaumensegel und die Tonsillen. Das Erkennen des tuberculösen Characters dieser Erkrankungen ist sehr wichtig, sowohl hinsichtlich ihrer Behandlung als ihrer Prophylaxe. Die Behandlung ist rein local und, wenn sie mit allgemeinen Maassnahmen combinirt wird, gewöhnlich auch wirksam. Heilung ist die Regel, aber richtige Diagnose die Grundlage dafür. LEFFERTS.

50) **A. Fournier. Die Beziehung der Leukoplakia buccalis zu Syphilis und Carcinom. (The relation of Leukoplakia buccalis to Syphilis and Cancer.)** *N. Y. Medical Record. 22. December 1900.*

1. Leukoplakie ist fast ausschliesslich auf das männliche Geschlecht beschränkt (in 319 Fällen von 324). 2. Die zwei hauptsächlichsten ätiologischen Factoren sind Syphilis und Tabak. 3. Sie geht in mehr als 30 pCt. in Carcinom über. 4. Wenn sie bei syphilitischen Personen gefunden wird, zeigt sie sich absolut widerspenstig gegen die sogenannte specifische Behandlung. 5. Ihre pathologische Classification stellt sie zu den parasyphilitischen Affectionen. 6. Sie ist von Bedeutung bei der Prognose der Syphilis, da so viele Syphilitiker an Mundkrebs sterben, durch Vermittlung des Leukoplakiestadiums. LEFFERTS.

51) **Compaired. Behandlung perforirender Ulcera im Munde. (For perforating ulcer of the mouth.)** *N. Y. Medical Journal. 14. Juli 1900.*

Diese Erkrankung, welche nicht nur bei Syphlitikern, sondern auch bei Tabikern, sowie bei sonst gesunden Personen vorkommt, wie z. B. in dem vom Verf. mitgetheilten Falle, wird mit Erfolg durch Auskratzen und Cauterisation mit 80proc. Thymollösung behandelt, unter gleichzeitiger scrupulöser Pflege der Zähne und des Zahnfleisches. LEFFERTS.

52) **H. Schlesinger. Die Bewegungsphaenomene in der Mund- und Rachenhöhle bei Insufficienz der Aortenklappen.** *Aus dem Kaiser Franz Josef-Ambulatorium in Wien. Wien. klinische Wochenschrift. 1900. No. 40.*

Rhythmische Erschütterungen der Mund- und Rachengebilde konnten nur in Fällen schwerer Insufficienz der Aortenklappen gesehen werden.

Diese Bewegungen erfolgen manchmal „mitgetheilt", oder sie entstehen durch Volumzunahme der Weichtheile, erstere Art bemerkt man recht oft an den Tonsillen, den seitlichen Abschnitten der Gaumenbögen und dem Zungengrunde, letztere namentlich an der Zunge, der Uvula, der hinteren Rachenwand. — Ist das Phänomen voll ausgebildet, so erfolgt also eine rhythmische Verengerung der Mund- und Rachenhöhle.

CHIARI.

53) **Charles L. Gibson. Cavernöse Angiome von Zunge und Mund. (Cavernous Angioma of the tongue and mouth.)** *Annals of surgery. Juli 1900.*

Der Tumor wurde vor 12 Jahren bei einem Patienten constatirt, der heute 28 Jahre alt ist. Er wuchs ganz langsam bis vor 4 Jahren; seitdem hat er sich schnell vergrössert und auf den Mundboden, eine Tonsille und harten, sowie weichen Gaumen ausgedehnt. Die Frage der Operation wurde discutirt und festgestellt, dass eine derartige Operation sehr blutig, wenn nicht unmöglich sei. Es wurde deshalb Elektrolyse empfohlen.

EMIL MAYER.

54) **Landesmann. Gegen acute Pharyngitis. (For acute Pharyngitis.)** *N. Y. Medical News. 12. Mai 1900.*

Es sind feuchte Umschläge um den Hals zu legen, dem Kranken kleine Eisstückchen in den Mund zu geben und folgendes Gurgelwasser zu verordnen:

Rp. Decoct. fol. althaeae 1 : 180,0
Tinct. opii 0,15.
MDS. Warm zu gurgeln.

Ein anderes wirksames Gurgelwasser ist eine Lösung von 0,06 Kaliumpermanganat in $1/2$ Liter Wasser.

LEFFERTS.

55) **J. V. Shoemaker. Pharyngitis. (Pharyngitis.)** *N. Y. Medical News. 29. December 1900.*

Die Entzündung des Pharynx und der Tonsillen wird durch Belladonna günstig beeinflusst, das in folgender Combination ordinirt werden kann.

Rp. Kalii chlorat. 0,5
Tr. aconiti 1,0
Tr. belladonnae 2,0
Ac. hydrochlor. dil. 6,0
Infus. rhois glabrae q. s. ad 120,0.
S. 3stündl. 1 Theelöffel voll.

LEFFERTS.

56) **Blake. Ein Spray für trockne Pharyngitis. (A spray for pharyngitis sicca.)** *N. Y. Medical journal. 27. Januar 1900.*

Rp. Acid. carbol. 4,0
Tinct. jodi 5,0

Tinct. Aloes 0,4
Tinct. opii gtt. X
Glycerini 50,0.
MDS. Mehrmals täglich.

LEFFERTS.

57) **Hannecart. Multiple parapharyngeale Lipome und Pharynxpolypen. (Lipomes multiples parapharyngiens et polypes du pharynx.)** *Annal. de la Soc. Belge de Chir. No. 9. 1900.*

Operative Entfernung mehrerer fibrolipomatöser Tumoren, von denen der oberflächlich gelegene strausseigross, weich, regelmässig oval und zugerundet war; sie hatten hinter der mittleren Aponeurose in dem blättrigen parapharyngealen Zellgewebe ihren Ursprung genommen und die Nachbarorgane und Gewebe verdrängt. Zwei davon hatten sich nach dem Pharynx hin entwickelt, in den sie gestielt hineinhingen.

BAYER.

58) **W. Peyre Porcher. Myxofibrome von ungewöhnlicher Grösse. (Myxofibromata of unusual size.)** *Laryngoscope. November 1900.*

Der Tumor wurde durch den Mund entfernt, war 6 Zoll lang und wog 40 g.

EMIL MAYER.

59) **Gallet. Sarcomatöser Rachentumor. (Tumour sarcomateuse du pharynx.)** *Annal. de la Soc. Belge de Chir. No. 6. 1900.*

G. stellt einen Kranken vor, welchem er vermittelst des Interthyromaxillareinschnittes einen voluminösen Mandelrachentumor entfernt hatte. Derselbe war ein Sarkom und ist keine Spur davon mehr nachzuweisen.

BAYER.

60) **Vallas** (Lyon). **Laterale Pharyngectomie mit Resection einer Hälfte des Zungenbeins. (Pharyngectomie latérale avec résection d'une moitié de l'os hyoide.)** *Soc. de Chirurgie de Lyon. 25. Januar 1900.*

Verf. kommt auf die Beobachtung zurück, die er in der letzten Sitzung der Gesellschaft mitgetheilt hatte, und bespricht bei dieser Gelegenheit die Geschichte der Operationen an der Rachenhöhle von der subhyoidealen Pharyngotomie Malgaigne's bis zur transhyoidealen Pharyngotomie von Vallas. Er zeigt die Ueberlegenheit seiner Methode, die mehr Licht giebt, wie die subhyoideale Methode, und präcisirt die Indicationen zu seiner Operation: Nur Fremdkörper, gutartige und leicht enucleirbare Tumoren des Vestibulums, auf die Epiglottis beschränkte Carcinome lassen diese verhältnissmässig einfache Operation zu.

Wenn der Tumor mit den seitlichen Wänden verwachsen ist, bedarf er anderer Incisionen und man muss dann wirkliche Pharyngectomien ausführen.

PAUL RAUGÉ.

61) **M. Vallas. Ueber mediane Osteotomie des Zungenbeins. (De l'osteotomie médiane de l'os hyoide.)** *Revue de Chirurgie. 10. Mai 1900.*

Die Operation ist leicht.

Sie giebt besseren Einblick als die Pharyngotomia subhyoidealis nach Malgaigne in die unteren Abschnitte des Pharynx und das Vestibulum laryngis.

Sie ist indicirt in Fällen von benignen enucleirbaren Tumoren, Fremdkörpern, umschriebenen Carcinomen an der Epiglottis und syphilitischen Stenosen.

Sie passt auch für Exstirpation von Tumoren an der Zungenbasis und totale Amputation dieses Organs.

PAUL RAUGÉ.

62) **Vignard. Peripharyngealer Abscess bei einem 31 jährigen Manne. (Abscès péripharyngées chez un homme de 31 ans.)** *Gaz. méd. de Nantes. 13. Januar 1900.*

Es handelt sich um einen 31 jährigen Alkoholisten mit Schluckbeschwerden, die am 20. October aufgetreten sind. Am 26. hat die Dysphagie erheblich zugenommen; bei der ersten laryngoskopischen Untersuchung findet man nichts. Am darauffolgenden Tage Oedem der linken aryepiglottischen Falte, Schmerz in der Halsregion, links vom Schildknorpel, und teigige Schwellung. Am 30. October steigt das Fieber auf 39,8°, äusserste Dysphagie, rauhe Stimme. Am Halse geht die Schwellung vom Zungenbein zum unteren Rand des Schildknorpels mit heftigstem Schmerzpunkt auf Druck an der linken Seite des Schildknorpels.

In Chloroformnarkose Verticalincision Zweifingerbreit von der Medianlinie, vom grossen Zungenbeinhorn an, nach unten bis über den Ringknorpel hinaus. In einer Tiefe von 4 cm kam man auf einen Eiterherd, der etwa $^1/_2$ Glas sehr fötiden Eiters enthielt und der sich hinten bis zur Wirbelsäule erstreckte, um den Pharynx herum, und bis zur Clavicula hinabreichte, dem Pharynx und der Trachea folgend. Drainirung. Heilung ohne Zwischenfall.

Verf. macht auf die abnorme Localisation des Eiters aufmerksam in der subhyoidelalen Region zwischen Trachea und dem Gefässnervenstrang am Halse.

A. CARTAZ.

63) **Schmidt. Retropharyngealabscess. (Retropharyngeal abscesses.)** *N. Y. Medical Journal. 23. Juni 1900.*

Die kleinen centralen oder lateralen Herde werden in Angriff genommen, entleert und drainirt, wie folgt: Die Incision verläuft entlang dem inneren Sternocleidomastoideusrand, der blosgelegt und dann stark seitwärts gezogen wird; der Zugang zu dem Retropharyngealraum wird aussen und hinter der inneren Jugularvene gewonnen.

LEFFERTS.

64) **Most. Zur Topographie und Aetiologie des retropharyngealen Drüsenabscesses.** *Arch. f. klin. Chirurgie. 61. Bd. 3. November 1900.*

M. hat Untersuchungen mittels der Gerota'schen Methode über die retropharyngealen Lymphdrüsen und über die Lymphgefässe des Nasenrachenraumes angestellt und an verschiedenen Stellen constante Lymphknoten gefunden, von denen insbesondere die Glandulae pharyngeales laterales für die Localisation des retropharyngealen Drüsenabscesses von Bedeutung sind. Zu deren Pathologie gehören auch die tiefen cervicalen Drüsen, die seitlich der Vena jugularis den Scalenis aufliegen, denn mit ihnen sind die pharyngealen Drüsen und deren Quellengebiete durch zahlreiche Anastomosen verbunden.

SEIFERT.

d. Diphtheritis und Croup.

65) **Wm. Ewart. Kann die Ansteckungsperiode der Diphtherie abgekürzt und ihre Verbreitungstendenz verringert werden? (Can the period of infectiveness of Diptheria be shortened and its tendency to spread diminished?)** *N. Y. Medical Record. 22. September 1900.*

Verf. verlangt gründliche Desinfection der Nasenhöhle und des Nasenrachenraums in allen Fällen von Diphtherie, bevor die Kinder wieder mit Anderen zusammenkommen dürfen. Im St. Georgs Hospital lässt Verf. allen Fällen von Diphtherie, die unter seiner Behandlung stehen, die Nase und den Nasenrachenraum durch Einführung von Carbolöl 2mal täglich während des ganzen Spitalaufenthaltes desinficiren, in der Absicht, nicht nur die localen Beschwerden zu bekämpfen, sondern auch die Verbreitung der Erkrankung zu verhindern.

LEFFERTS.

66) **V. A. Moore. Diphtherie in kleinen Städten. (Diphtheria in small towns.)** *N. Y. Medical News. 20. October 1900.*

Verf. ist der Ansicht, dass die Verbreitung von Diphtherie nur verhütet werden kann durch sorgfältige Quarantaine, bis die bakteriologische Halsuntersuchung der erkrankt gewesenen Personen in 3 nacheinander angelegten Culturen negativ war. Zu dem Zweck ist eine bakteriologische Station unbedingt erforderlich. Es ist nicht schwer, eine derartige centrale Station in einem District anzulegen, wo die Culturen zur Untersuchung hingeschickt werden können. Dieses Verfahren ermöglicht eine genau Verfolgung des Verlaufes der Diphtherieepidemie und damit ihres Ursprungs. Dadurch können wir ihre Verbreitung sehr einschränken. Verf. fand, dass die Diphtheriebacillen sich noch 14—20 Tage im Halse aufhalten. Der längste Zeitraum, nach welchem noch virulente Diphtheriebacillen im Halse gefunden worden sind, war 53 Tage.

LEFFERTS.

67) **Chauncey P. Biggs. Diphtherie und Milchversorgung. (Diphtheria and milk supply.)** *N. Y. Medical News. 20. October 1900.*

Verf. giebt einige Details über 28 Diphtherieepidemien, in denen zur Auffindung des Ursprungs der Milchversorgung nachgegangen wurde. 10 Fälle davon gingen denselben Weg wie die Vertheilung der Milch, die von einer Person vertrieben wurde, welche mit einer diphtheriekranken Familie in Verbindung stand. 18 Epidemien liessen sich ausfindig machen, wo die Infectionsquelle von wundem Euter und ulcerirten Mammae der Kuh auszugehen schien. 3 Milchepidemien wurden ausfindig gemacht, wo eine Kuhmagd, ein Händler und ein Milchfuhrmann mit Diphtherie behaftet war. Aus Germantown (Pennsylv.) wird eine Epidemie berichtet in Familien von geordneten sanitären Verhältnissen, die untereinander keinen Zusammenhang hatten und deren einzige Communication in der Person des Milchmanns bestand. Bei derartigen Epidemien sind die Milchtrinker in den Familien die einzigen, die befallen werden. Personen, die nur gekochte Milch trinken, bleiben verschont.

LEFFERTS.

68) **Neisser** und **Kahnert. Erkrankungen der oberen Luftwege und Diphtheriebacillus. (Disease of upper Air-passager and Diphtheria bacillus.)** *N. Y. Medical News. 8. September 1900.*

Ein und derselbe Organismus kann unter gewissen Umständen ganz verschiedene Krankheitsbilder hervorrufen. Verff. berichten über eine Serie von 5 Fällen, die diese auch für den Diphtheriebacillus bereits vermuthete Eigenschaft zu beweisen scheinen. Die fraglichen Patienten litten an einer deutlichen Atrophie der Schleimhaut, die von einer Hypertrophie der Follikel begleitet war und Hypersecretion eines dicken, zähen Schleimes, der zur Zersetzung und Krustenbildung neigte. Die Schleimhaut des Nasenrachenraumes, des Rachens und oberen Larynx war in all den Fällen betheiligt, die also durch Hartnäckigkeit gegenüber der Behandlung und spontane Recidive im Sommer charakterisirt waren. Es wurde über subjective Trockenkeit des Halses, Schmerz und Heiserkeit geklagt. Bei der bakteriologischen Untersuchung wurde das Secret reich an Organismen, die offenbar Diphtheriebacillen waren, befunden und mit dem Blute konnte eine antitoxische Reaction erhalten werden.

LEFFERTS.

69) **F. W. Andrews** und Andere. **Eine Discussion über die pathologische Rolle des Diphtheriebacillus und die bakteriologische Diagnose der Diphtherie. (A discussion on the pathological distribution of the Diphtheria bacillus and the bakteriological diagnosis of Diphtheria.)** *N. Y. Medical Journal. 20. October 1900.*

Der morphologische Charakter des Diphtheriebacillus an sich ist ein unsicherer Anhaltspunkt für die sichere Diagnose. Neisser's Färbung ist zwar eine gute Bekräftigung, giebt aber keineswegs sicheren Verlass. Grosse Sicherheit geben die Thierimpfungen. Der Bakteriologe sollte auch immer gleichzeitig mit den klinischen Details des ihm zur Untersuchung übergebenen Materials versehen sein. Es darf auf negative bakteriologische Resultate kein zu grosses Gewicht gelegt werden. Die Bacillen werden zuweilen erst beim dritten und vierten Versuch gefunden. Die übrigen Autoren gestanden alle zu, dass die Diagnose der Diphtherie in weitesten Grenzen von klinischen als auch besonders von bakteriologischen Daten abhängig ist.

LEFFERTS.

70) **Coriveaud. Maligne Diphtherie. (Malignant Diphtheria.)** *N. Y. Medical News. 27. October 1900. Journal de Médecine. 9. September 1900.*

Verf. beweist, dass ein abgeschwächter Diphtheriekeim auf neuem Boden die allerheftigsten Erkrankungsformen verursachen kann. In einer milden Epidemie war ein geheiltes Kind aus dem Hospital entlassen worden, war aber noch mit einer unbedeutenden Secretion von einer eiternden Submaxillardrüse behaftet. Einige Tage später schlief es in einer benachbarten Stadt mit einem anderen Kinde zusammen. 9 Tage später erkrankte letzteres an sehr heftiger Diphtherie und starb; 6 Tage später erkrankte sein Bruder und 8 resp. 11 Tage später noch zwei weitere Geschwister. Alle litten an ausgesprochener Asphyxie nicht auf Grund von Membranen, sondern infolge der excessiven Toxämie. Alle wurden mit Antitoxin behandelt, aber alle starben 2 Tage nach dem Ausbruch der Erkrankung.

LEFFERTS.

71) **F. Nilly. Diphtherieähnliche Rachenentzündung. (Faucial Inflammation resembling Diphtherie.)** *N. Y. Medical News. 3. November 1900.*

Eine Rachenerkrankung, die der durch den Klebs-Löffler-Bacillus verursachten sehr ähnlich ist, tritt zuweilen bei Patienten, die gar keine klinischen Symptome von Diphtherie haben und auf Diphtherierkrankung nicht reagiren, auf. Verf. berichtet von 4 Fällen und präcisirt ihre Differentialdiagnose von Diphtherie:

1. Die Localerkrankung ist mehr gangränöser Natur und die durch Abheben des Schorfes gesetzte Ulceration constanter und ausgedehnter. 2. Die Erkrankung ist mehr fieberhafter Natur und Delirium nicht selten. 3. Lähmungen kommen nicht vor. 4. Wenn Heilung eintritt, geht sie schneller vor sich und das Herz ist weniger betheiligt. 5. Der Klebs-Löffler-Bacillus ist, wenn überhaupt vorhanden, nur sehr spärlich. 6. Streptococcus pyogenes ist der vorwiegende Mikroorganismus. 7. Diphtherieantitoxin wirkt nicht auf die Erkrankung. Die Localerscheinungen sind für die Diagnose nicht sehr charakteristisch. Die Temperaturverhältnisse sind einigermaassen charakteristisch. Verf. hebt hervor, dass ein Fall von offenbarer membranöser Rachenentzündung, der an zwei aufeinanderfolgenden Tagen eine Temperatur von 39,5 zeigt, wahrscheinlich keine echte Diphtherie ist. Zeichen von Herzschwäche, die bei prolongirter Reconvalescenz von Diphtherie so häufig ist, ist bei dieser Pseudoform nicht vorhanden. Was die Bakteriologie dieser Fälle betrifft, so kann man unmöglich aus so spärlichem Material Schlüsse ziehen. In zwei von den Fällen fanden sich bei der bakteriologischen Untersuchung keine Diphtheriebacillen, in zwei dagegen wurden sie in sehr spärlicher Zahl gefunden. Der Streptococcus pyogenes war reichlich vorhanden, jedoch kann in Anbetracht seiner Allgegenwart kein Schluss daraus gezogen werden.

LEFFERTS.

72) **Paul Hilbert. Diagnose und Behandlung von Croup. (Diagnosis and treatment of croup.)** *N. Y. Medical Journal. 3. November 1900.*

Die gegenwärtige Methode der bakteriologischen Diagnose ist von grösstem Werth zur Feststellung der Differentialdiagnose von Diphtherie und anderen Formen von Croup. Verf. ist der Ansicht, dass jeder Fall von Croup, primärer oder secundärer Natur, mit oder ohne Pharynxaffection, behandelt werden soll, als ob es Diphtherie wäre, d. h. mit Antitoxin.

LEFFERTS.

73) **B. Meyers. Einige Punkte über postdiphtherische Lähmungen. (Some points about post-diphtheric paralysis.)** *Lancet. 22. September 1900. N. Y. Medical Record. 6. October 1900. N. Y. Medical Journal. 13. October 1900.*

Verf. bringt eine Statistik über 1316 Diphtheriefälle aus dem Park Hospital Hither Green, die während des Jahres 1899 beobachtet wurden. Von diesen wiesen 275 verschiedene Lähmungen auf. Vier Tabellen beleuchten das Alter der Patienten, die Monate, in denen die Krankheit auftrat, die Herzlähmungen etc. Bezüglich der Aetiologie, dem Verlauf und der Heilung wird nichts Neues gebracht.

LEFFERTS.

74) **John Leverett. Diphtherie und Antitoxin. (Diphtheria and Antitoxin.)** *N. Y. Medical News. 22. September 1900.*

Verf. giebt einen interessanten Bericht über 9 Diphtheriefälle und lenkt

die Aufmerksamkeit auf etliche Punkte seiner Erfahrungen mit Antitoxin. Antitoxin soll stets schon in den ersten Tagen der Krankheit angewandt werden, bevor das Gift völlig resorbirt worden ist, wie es in zwei von den mitgetheilten Fällen, die tödtlich verliefen, der Fall war. Ein wichtiger Punkt, der bei diesen Fällen deutlich hervortritt, ist der, dass auch nach der klinischen Heilung der Patienten Bacillen bestehen bleiben, wenn der Fall mit Antitoxin behandelt worden ist. Das ist hinsichtlich der Verbreitung der Erkrankung von Bedeutung. Verf. bediente sich einer gewöhnlichen Subcutanspritze und betont, dass die Antitoxininjection am besten unter die Bauch- oder Lendenhaut vorgenommen wird. Mit einer 2ccm-Spritze muss die Nadel 4mal eingestochen werden, um 1000 Einheiten zu appliciren. Langsame Injection ist weniger empfindlich.

LEFFERTS.

75) **R. W. Marschen. Diphtherie und ihre Behandlung mit Antitoxin. (Diphtherie and its treatment by Antitoxine.)** *Brit. Med. Journal. 8. September 1900. N. Y. Medical Journal. 22. September 1900.*

Verf. hat die Resultate von 105 mit Antitoxin behandelten Fällen zusammengestellt. Ein Fall, der einzig tödtliche der ganzen Serie, erhielt 14,000 Einheiten in 3 Dosen, die erste am 3. Krankheitstag. In der grossen Mehrzahl der Fälle war der Hals im Verlauf von 72 Stunden nach der Application des Antitoxins frei von Membranen. In dem tödtlich verlaufenen Fall, in welchem der Patient in der 3. Woche an Herzlähmung starb, hielt sich die Membran 7 Tage lang. Albuminurie bestand in 49 Fällen. Von diesen litten 7 an postscarlatinöser Nephritis und es bestand nicht das leiseste Anzeichen dafür, dass Antitoxin irgend einen verderblichen Einfluss auf die Nieren hatte. 7 postdiphtheritische Lähmungen kamen zur Beobachtung, welche alle heilten. Larynxsymptome bestanden in 6 Fällen, Tracheotomie wurde in einem nothwendig. Von den verschiedenen Symptomen, die auf das Antitoxin zurückzuführen sind, war Erythem, was in 20 Fällen auftrat, das Gewöhnlichste.

LEFFERTS.

76) **J. Mackenzie. Bemerkungen über 31 mit Antitoxin behandelte Fälle von Diphtherie. (Notes on thirty-one cases of Diphtheria treated with Antitoxine.)** *Lancet. 13. October 1900. N. Y. Medical Journal. 27. October 1900.*

Die mitgetheilten Diphtheriefälle gehören zu den allerschwersten, die dem Verf. in seiner Privatpraxis vorgekommen sind. Er theilt sie in sieben folgende Gruppen ein:

1. 3 Fälle von Larynxdiphtherie mit beginnender Erkrankung im Larynx. Alle waren besonders schwer, heilten jedoch unter Antitoxinbehandlung. In jedem Fall wurden 1500 Einheiten gegeben.

2. 6 Fälle von Diphtherie des Pharynx, die sich allmälig auf den Larynx ausdehnte. 4 Fälle heilten. Von den 2 tödtlich verlaufenen Fällen starb einer (ein Erwachsener), bevor Antitoxin überhaupt angewandt werden konnte; in dem andern Fall bestand eine tödtliche Complication mit Bronchopneumonie.

3. 3 Fälle von Larynxdiphtherie, in welchen die Erkrankung auf den Larynx beschränkt war; 2 davon heilten, aber der 3. (ein 5monatliches Kind) starb 24 Stunden nach der zweiten Injection.

4. 9 Fälle von Pharynxdiphtherie ohne Betheiligung des Larynx. In jedem Fall wurden gegeben am ersten Erkrankungstag 1500 Einheiten Antitoxin, worauf stets prompte Besserung und schnelle Heilung eintrat.

5. 6 Fälle von Scharlach-Diphtherie. In diesen Fällen beginnt der Belag gewöhnlich um die zweite Krankheitswoche und ist sehr ausgedehnt, bedeckt beide Seiten und die hintere Wand des Pharynx, die Tonsillen, die Uvula, den Gaumen und die Nasenhöhle. Die Betheiligung der letzteren ist häufiger als gewöhnlich. Es wurden, da die Fälle sehr schwer waren, zwei Injectionen von Antitoxin, jede von 1500 Einheiten, in Zwischenräumen von 8 Stunden gegeben. Wenn auch das Antitoxin allmälig zur Besserung führte, so war die Wendung doch nicht so prompt, wie in uncomplicirten Fällen. In einem Fall trat an der Injectionsstelle ein Abscess auf.

6. In 3 Fällen (2 acute Laryngitiden, 1 membranöser Croup) wurde Serum aus diagnostischen Gründen gegeben. Obwohl ein Stück Membran aus dem Hals des dritten Patienten ausgestossen wurde, hält Verf. die Erkrankung trotzdem nicht für diphtheritisch, weil keine dauernde Besserung auf die Antitoxingabe folgte. Es trat nur die gewöhnliche tägliche Remission ein mit Rückkehr der Stenose in der Nacht. Die mikroskopische Untersuchung war negativ.

7. 2 Fälle von Diphtherie der Conjunctiva. Beide traten bei Patienten mit Rachendiphtherie auf und die Besserung nach der Antitoxinbehandlung war prompt.

LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

77) **Georg Avellis. Die typische Form der Larynxneuralgie. (The typical form of laryngeal Neuralgia.)** *N. Y. Medical Record. 8. December 1900.*

Verf. fand, dass Personen, welche sonst vollkommen gesund und nicht hysterieverdächtig sind, zuweilen an einer schmerzhaften Affection des Kehlkopfs leiden und bei Bewegungen desselben die Schmerzen noch gesteigert werden; dabei können sie so heftig werden, dass die Patienten weder mehr essen noch sprechen wollen aus Furcht vor den Schmerzen, die sie bei diesem Acte erwarten. Das einzige Zeichen, das der Zustand von allen andern ähnlichen Affectionen unterscheidet und ihn zur Neuralgie stempelt, ist das Vorhandensein von Druckpunkten, da wo der Nerv durch die schützende Fascie hindurchtritt. Namentlich verursacht Druck auf den Nervus laryngeus superior, wo er durch die Membrana thyreohyoidea durchtritt und also oberflächlich in dem Sinus piriformis liegt, den charakteristischen Schmerz. Localbehandlung durch Spray etc. ist unnütz, aber der innerliche Gebrauch von Antineuralgicis und die äussere Anwendung von trockener Hitze sind sehr wirksam. Die Differentialdiagnose hat Rheumatismus der Halsmuskeln, Bursitis lateralis und Hysterie zu berücksichtigen.

LEFFERTS.

78) **G. Dabney. Halshusten. (Throat cough.)** *Medical Age. 10. Juli 1900.*

Die häufigsten Ursachen desselben sind: 1. zu lange Uvula, 2. Pharyngitis

granulosa, 3. Laryngitis, 4. vergrösserte Zungentonsillen, 5. Hypertrophie oder chronische Entzündung der Rachentonsillen, 6. adenoide Vegetationen.

EMIL MAYER.

79) **G. Arnheim. Beitrag zur Bakteriologie des Keuchhustens. (A contribution to the bacteriology of whooping-cough.)** *N. Y. Medical Record. September 1900.*

Verf. bestätigt die Befunde von Czaplewski und Hensel auf Grund von 44 Krankheitsfällen und 3 von ihm studirten Autopsien. Im Sputum dieser Patienten und in 2 Leichen konnte er Reinculturen des Czaplewski-Hensel-bacillus finden, welcher als in Einzelformen oder Ketten vorkommend beschrieben ist, wobei die einzelnen in der Mitte getheilt erscheinen, weil sich nur die beiden Pole färben. Controluntersuchungen an Patienten mit anderen Lungen- und Bronchialerkrankungen geben negative Resultate. Auch unter Berücksichtigung von Beobachtungen anderer Autoren ist nunmehr die Zahl der Fälle, in welchen der Bacillus isolirt worden ist, gross genug, um den geringen Zweifel an seiner specifischen Natur aufzugeben, und obgleich die Thierexperimente negativ ausfielen, haben sich doch die Koch'schen Postulate bezüglich der Constanz der Arten, Localisation und Möglichkeit einer Reincultur erfüllen lassen. LEFFERTS.

80) **F. Forchheimer. Keuchhustenähnlicher Husten bei Influenza. (Cough in Influenza simulating whooping-cough.)** *N. Y. Medical Record. 24. November 1900. N. Y. Medical Record. 29. December 1900.*

Dieser Husten tritt epidemieweise auf, ist entschieden contagiös und beginnt wie eine gewöhnliche Influenza. Er entwickelt sich gewöhnlich erst des Nachts und scheint den Tag über besser. Der Husten erinnert sehr an Keuchhusten, ist nur weniger charakteristisch. Er ist begleitet von Congestion, Erbrechen und Auswurf und wird so dem Keuchhusten sehr ähnlich.

LEFFERTS.

81) **Notiz des Herausgebers. Spastische Niesanfälle als Ausdruck von Keuchhusten. (Spasmodic Sneezing as a manifestation of Whooping-cough.)** *Philadelphia Medical Journal. 3. November 1900.*

Keuchhusten kann als spastische Neurose betrachtet werden, abhängig von der Action eines specifischen Mikroorganismus, möglicherweise des von Czaplewski und Hensel sowie Anderen isolirten Bacillus, vielleicht durch Vermittelung von Toxinen, die auf die Larynxmusculatur wirken und den charakteristischen inspiratorischen Stridor verursachen. Das Erbrechen, das so häufig vorkommt, ganz unabhängig von der Erschütterung durch den Husten, kann gleichfalls das Resultat einer Nervenintoxication sein. In seltenen Fällen wird der Husten und Larynxspasmus durch spastische Niesanfälle ersetzt. Wenn, wie angenommen, die Symptome des Keuchhustens auf toxische Producte eines specifischen Organismus zurückgeführt werden können, so erklärt das unschwer den wechselnden Sitz der Erscheinungen an der Larynx- oder der Nasenschleimhaut. EMIL MAYER

82) **J. W. Wiltse. Die Behandlung des Keuchhustens. (The management and treatment of whooping-cough.)** *N. Y. Medical Journal. 10. November 1900.*

Verf. bedauert, dass der Laie die Schwere dieser Erkrankung nicht zu

schätzen vermag, die doch hinsichtlich der Mortalität an vierter Stelle unter den Kinderkrankheiten steht. Es kann kein Zweifel sein, dass es räthlich ist, die Keuchhustenfälle zu isoliren. Er beklagt, dass dagegen bei den Gesundheitsbehörden keine Quarantänevorschriften existiren und ist der Ansicht, dass eine richtige Quarantäne auf die Eltern und andere betheiligte Personen durch Hinweis auf die Gefahr einen Eindruck machen würde.

Bezüglich der Behandlung empfiehlt er zweckmässige Lüftung des Krankenzimmers, maassvolle Bewegung in der frischen Luft bei Sonnenschein und mildem Wetter, tägliche Abwaschungen mit nachfolgenden trocknen Abreibungen und leichte Diät. Chinin und Antipyrin sind nützlich. Bromoform hat den Verf. in Stich gelassen und er hält es für unwirksam. Application einer $^1/_3$ proc. Lösung von Resorcin auf die Glottis alle 4 Stunden am Tage und wenn möglich ein- bis zweimal in der Nacht hält er für rationell. Quecksilberbijodid in kleinen wiederholten Dosen, Belladonna, Guaiacol, Tussol, Cochineal haben sich ihm als brauchbar erwiesen; letzteres war besonders in Combination mit Ammoniumcarbonat von ganz guter Wirkung.

LEFFERTS.

83) J. W. Wiltse. **Die Behandlung des Keuchhustens. (The management and treatment of whooping-cough.)** *N. Y. Medical Record. 22. December 1900.*

Verf. hält Roskam's Modification von Moncorvo's Methode für sehr zweckmässig und erkennt einen günstigen Erfolg derselben nach der Statistik an. Sie besteht in der Application einer $^1/_3$ proc. Resorcinlösung auf die Glottis vierstündlich am Tage und wenn möglich 1—2 mal in der Nacht. Von 190 derartig behandelten Fällen heilten auf diese Weise alle.

LEFFERTS.

84) J. E. Godson. **Die Behandlung der Anfälle von Keuchhusten. (The treatment of the paroxysmal stage of whooping-cough.)** *N. Y. Medical Journal. 17. November 1900.*

Folgende Behandlungsmethode erwies sich dem Verf. am wirksamsten: Dauernde Creosotinhalation. Man befreie die Lungen so viel als möglich von Bronchitis vor der Anwendung eines speciellen internen antispastischen Mittels. Bei der Bronchopneumonie erscheint die Belladonna allemal von guter Wirkung. In allen Fällen, in denen die Brust einigermaassen frei und die Circulation gut ist, kann Antipyrin in entsprechenden Dosen gegeben werden. Gute Luft, warme Kleidung, Licht und gesunde Ernährung sind in allen Fällen von Nutzen. Die mittlere Zeitdauer, die zur Heilung erforderlich ist, betrug bei den verschiedenen Fällen 19,8 Tage. In jedem Falle trat die Verminderung der Anfälle prompt ein. Verf. hatte ein Circular an die Aerzte geschickt mit der Frage nach der bestbewährten Behandlungsmethode. 9 der eingelaufenen Antworten waren enthusiastisch für die Creosotbehandlung eingenommen, welche von 12 pCt. der Aerzte geübt wurde.

LEFFERTS.

85) M. Valin. **Larynxspasmus infolge Autointoxication durch Insufficientia renalis bei allgemeiner Arteriosklerose. (Spasme laryngé par autointoxication due a l'insuffisance rénale, à la suite d'artériosklérose généralisée.)** *Union Médicale du Canada. 1. April 1900.*

Ein 55jähriger Kranker hatte mehrere Anfälle von Erstickung, welche für

Angina pectoris gehalten worden waren. Die Untersuchung ergab allgemeine Arteriosklerose und Insufficientia renalis. Es werden die zahlreichen Ursachen von Larynxspasmus genannt und seine Seltenheit beim Erwachsenen betont. Verf. sieht in diesem Fall als Ursache die obengenannte an. Es folgten dann vier beschwerdenfreie Monate, in denen der Urin normal war. Erkältung und mangelnde Vorsicht führten zu einem abermaligen Anfall, während dessen so heftige Dyspnoe eintrat, dass er unmittelbar tödtlich verlief.

EMIL MAYER.

86) **Variot u. Mark Hadour. Ein Fall von congenitalem Stridor. (Un cas de stridor congénital.)** *Tribune Médicale. 24. October 1900.*

Es handelt sich um eine Beobachtung an einem einmonatlichen Kind, dessen Athmung bei jeder Inspiration von einem musikalischen, an das Glucksen einer Henne erinnernden Geräusch begleitet war. Die Exspiration war lautlos. Wenn das Kind weint und aufgeregt ist, nimmt das Geräusch zu. Husten und Stimme haben normales Timbre, die Respiration ist regelmässig ohne Pfeiffen. Keinerlei Anzeichen von Asphyxie. Die Nase ist nicht verstopft und die Ernährung geschieht ohne Schwierigkeit. Es besteht keinerlei organische Anomalie.

Die Untersuchung des Pharynx ergiebt nichts von Erkrankung des Larynx, weder adenoide Vegetationen, noch Hypertrophie der Tonsillen. Die Stimmbänder sind beweglich und der Glottiseingang ist normal. Jedoch ist die Epiglottis eingerollt und ihre beiden Ränder berühren sich; ihre Form gleicht einem vibrirenden Mundstück, welches den Eingang beherrscht. Die aryepiglottischen Falten sind infolgedessen in ihrem vorderen Drittel einander genähert.

Man ordnet eine palliative Behandlung an, warme Bäder, Inhalationen mit Eucalyptus und versichert der Mutter, dass diese Anomalie mit dem Alter verschwindet. In der That nahm das Geräusch nach und nach ab und war nach 8 Monaten gänzlich verschwunden. Die Untersuchung lies nun erkennen, dass die Epiglottis aufgerollt und damit die Ursache der Vibrationen aufgehoben wurde.

A. CARTAZ.

87) **J. Thomson u. A. L. Turner. Ueber die Ursache des congenitalen Stridors der Kinder. (On the Causation on the congenital strider of infants.)** *N. Y. Medical Journal. 15. December 1900.*

1. Die primäre Ursache der Erkrankung ist eine Coordinationsstörung der Athembewegungen, vermuthlich infolge verspäteter Entwicklung der corticalen Abschnitte, welche sie zu controliren haben.

2. Die Formveränderung, die im Larynx dabei vorgefunden wird, ist nur eine übermässige Ausbildung des normalen kindlichen Typus infolge der spastischen Athmung, d. h. eine erworbene Deformität analog der Hühnerbrust.

3. Eine congenitale Missbildung des oberen Larynxeingangs ist in diesen Fällen nicht nachzuweisen.

4. Die Hypothese einer congenitalen Missbildung ist zur Erklärung der Symptome ungeeignet.

5. Die Töne dabei werden wahrscheinlich im Larynx selbst, zum Theil durch die abnorm genäherten aryepiglottischen Falten hervorgebracht.

6. Die Neurose, die die Symptome verursacht, scheint nicht von adenoiden Geschwülsten oder anderen Ursachen einer Reflexreizung abhängig zu sein.

LEFFERTS.

88) **K. Nordquist** (Stockholm). **Ein Fall von Tabes dorsalis mit Larynxsymptom. (Ett fall af tabes dorsalis med Larynxsymptom.)** *Hygiea. 1900. p. 646.*

Eine 55jährige Frau hat seit ihrem 32. Jahre an „erstickendem Husten" gelitten. Die Anfälle werden von einem unangenehmen stechenden Gefühl im Kehlkopfe eingeleitet; zur selben Zeit verspürt sie ein zusammenschnürendes Gefühl im Halse, so dass sie kein Wort zu sprechen vermag. Der Husten besteht in kurzen explosiven Exspirationen, von langgezogenen, stridulösen Inspirationen gefolgt. Laryngoskopisch zeigt sich die Rima glottidis bedeutend verkleinert, die Weite ist nur 4 mm, und bei tiefer Inspiration nähern sich die Stimmbänder aneinander, so dass nur ein minimaler Raum in dem hintersten Theile der Rima für die Respirationsluft übrig bleibt. Bei den Intonationsversuchen pressen sich die Stimmbänder so fest aneinander, dass kein Laut hervorgebracht werden kann.

Die übrige Untersuchung zeigt, dass die Patienten alle klassischen Symptome der Tabes besitzt: Fehlen des Patellarreflexes, die Pupillen reagiren nicht gegenüber einfallendem Licht, aber wohl bei Accommodation. Sie ist nicht im Stande, im Dunkeln zu gehen, und der Gang ist, insbesondere bei geschlossenen Augen, sehr unsicher. In den Unterextremitäten hat sie im Laufe eines halben Jahres stechende Schmerzen gehabt.

SCHMIEGELOW.

89) **Hasslauer** (Würzburg). **Ueber phonischen Stimmritzenkrampf.** *Deutsche militärärztliche Zeitschrift. 8. September 1900.*

Der von Hasslauer mitgetheilte Fall betrifft einen 27jährigen Sergeanten, bei welchem jegliche Erscheinungen von Hysterie fehlten. Die Stimmstörungen traten nach wiederholten Kehlkopfkatarrhen und Ueberanstrengungen der Stimme auf. Die Therapie war vollkommen machtlos, so dass der Pat. als dauernd feld- und garnisonsunfähig erklärt werden musste.

SEIFERT.

90) **Fischbein** (Dortmund). **Beitrag zur Behandlung des Stimmritzenkrampfes.** *Deutsche Aerzte-Zeitung. 24. 1900.*

Ausgehend von der Annahme, dass der Stimmritzenkrampf durch Autointoxication vom Intestinaltractus aus herbeigeführt wird, indem durch die Producte des Stoffwechsels sich Toxine bilden, welche die peripheren Endigungen des Vagus reizen und reflectorisch den Krampf auslösen, gab F. den an Stimmritzenkrampf erkrankten Kindern Calomel und änderte in zweckmässiger Weise die Diät. Dadurch erzielte er sehr gute und meist sehr rasche Erfolge.

SEIFERT.

91) **Mme. G. Aron. Beitrag zur hysterischen Aphonie. (Contribution à l'étude de l'aphonie hystérique.)** *Thèse de Paris. 1900.*

Auf Grund von früher publicirten Beobachtungen und einigen eigenen zeigt Verfasserin, dass die hysterische Aphonie dieselben Formen annehmen kann wie die organische Hysterie.

Wie die anderen hysterischen Manifestationen so setzt auch diese Aphonie brüsk ein, hört ebenso auf und dauert niemals sehr lange. Man findet dabei Stigmata hysterica, welche die Diagnose ermöglichen.

A. CARTAZ.

92) **Gordon King. Ein Fall von hysterischer Taubstummheit. (A case of hysteric deaf-mutism.)** *Laryngoscope. November 1900.*

Nachdem Verf. alle Methoden ohne Erfolg anzuwenden versucht hatte, bemühte er sich consequent, den Patienten zum Nachsprechen von Worten anzuhalten. Diese Versuche waren denn auch schliesslich erfolgreich und Patient wurde nunmehr darauf hingewiesen, bei gegebener Gelegenheit zu sprechen. Am nächsten Tage sprach er klar und fliessend. Seine Taubheit verlor sich kurz nachher ebenso. Die Arbeit bringt ausserdem sorgfältige Literaturauszüge über diesen Gegenstand.

EMIL MAYER.

93) **John F. Culp. Ein Fall von Recurrenslähmung mit Heilung. (A case of paralysis of the recurrent laryngeal nerve; recovery.)** *N. Y. Medical Journal. 3. November 1900.*

Verf. hält die Publication folgenden Falles wegen des seltenen Vorkommens der Recurrenslähmung für gerechtfertigt.

Ein 36jähr. Mann verlor plötzlich beim Rauchen und Sprechen die Sprache. 3 Wochen danach fand sich bei der Untersuchung eine acute Laryngitis und Cadaverstellung des linken Stimmbandes. Verf. stellte die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Neuritis des N. recurrens. Es wurden Abstinenz vom Tabak und Ruhigstellung des Kehlkopfs ordinirt, dabei Menthol- und Benzoinolspray angewandt und später der constante Strom auf den Hals. Nux vomica ward als Tonicum gegeben und stillte eine Diarrhoe, an welcher Patient schon seit Jahren litt. Nach 6 Monaten war die Stimme normal und die Untersuchung ergab völlige Heilung des Larynx.

LEFFERTS.

94) **Besson. Ein Fall von completer, vorübergehender motorischer Aphasie hysterischen Ursprungs. (Un cas d'aphonie motrice complète transitoire d'origine hystérique.)** *Nord médical. 15. November 1900.*

Beispiel von hysterischer Stummheit bei einer 30jährigen Frau im Anschluss an einen spontanen, ohne Bewusstseinsverlust einhergehenden Anfall. Schnelle Heilung durch Suggestivbehandlung.

A. CARTAZ.

95) **Watson Williams. Pathologie und Behandlung toxischer Larynxparalysen. (Pathology and treatment of toxic paralyses of the larynx.)** *N. Y. Medical Record. 3. November 1900.*

1. Man erstrebe eine geeignete Behandlung der Infectionskrankheit, die die Ursache der Lähmung darstellt und ergreife Maassnahmen, das Gift aus Circulation und Geweben zu entfernen, sofern es organisch oder metallisch ist. 2. Der faradische und galvanische Strom werde innerlich auf den Larynx angewandt; Strychnin kann per os in beträchtlichen Dosen gegeben, wenn möglich direct intramusculär injicirt werden. Intubation und Tracheotomie sind zur Erleichterung der Dyspnoe und drohenden Asphyxie in Fällen von doppelseitiger Abductorenlähmung nicht zu umgehen.

LEFFERTS.

96) **Norton L. Wilson. Ein Wort für die frühzeitige Operation der doppelseitigen Abductorenlähmung der Stimmbänder. (A plea for an early operation in bilateral Abductor paralysis of the vocal cords.)** *Laryngoscope. September 1900.*

Verf. empfiehlt frühzeitige Tracheotomie oder Intubation. Bei 30 derartigen Fällen, die er intubirt hat (Welch' ein Material muss der Verf. besitzen! Red.), war die Syphilis der ätiologische Factor. Obwohl eine grosse Anzahl von Fällen „gebessert" oder „geheilt" berichtet werden, scheint das doch einen tödtlichen Ausgang nicht ausgeschlossen zu haben. In einem Fall z. B., der als „geheilt" bezeichnet wird, trat der Tod nach 3 Monaten ein, von einem anderen heisst es, „dass sich die Lähmung nicht gebessert hat", und in einem dritten Fall war die Function erst nach 20 Monaten wiederhergestellt. Wäre es da nicht vernünftiger, nur von „temporärer Besserung" zu sprechen? (Ref.) EMIL MAYER.

97) **Wm. Scheppegrell. Die Physiologie der Stimmbildung. (The physiology of voice production.)** *Laryngoscope. Juli, August 1900. N. Y. Medical Record. 18. August 1900.*

Die Sprechstimme soll so tief als möglich genommen werden, so dass dabei die Muskeln der Stimmbänder und die accessorischen Muskeln nicht angespannt werden. Sie darf dabei aber nicht so tief sein, dass die Stimme etwa bei ausdruckvoller Rede inflectirt. Gewöhnlich wird sie einige Töne zu hoch genommen, so dass die beständige Anstrengung beim Sprechen die Person in dieselbe Lage versetzt wie einen Ametropen, der beständige Anstrengung zum Sehen macht, ohne dass ihm dabei Gläser zu Hülfe kommen. Glücklicherweise ist die Correction in diesen Fällen viel natürlicher, und wenn der Fehler einmal erkannt ist und die Person unter die Aufsicht von Jemand gestellt ist, der die Principien der richtigen Sprache und der Stimmgebung beherrscht, kann der Mangel leicht corrigirt werden. Viele Fälle von sog. „clergyman's sore throat", ferner chronische Laryngitis und andere Reizungen des Halses sind darauf zurückzuführen, und wenn die Ursache nicht gehoben wird, sind Rückfälle sogar dauernde Schädigungen der Stimme eventuell möglich. LEFFERTS.

98) **M. A. Goldstein. Physiologie der Stimmbildung. (Physiology of voice production.)** *N. Y. Medical Record. 13. October 1900.*

Verf. kommt zu folgenden Schlussresultaten: 1. Wenn man alle Factoren übersieht, so ist die zur Stimmbildung am besten geeignete Form der Athmung die rationelle Combination von costalem und diaphragmatischem Typus. Die Reservekraft bei der Athmung wird am besten durch tiefe Inspiration, Fixation des ausgedehnten Diaphragmas und Thorax und Controle dieser Muskeln während der Tonbildung gegeben. 2. Zur Erleichterung der Stimmbildung soll der Kehlkopf niemals stark durch die Halsmuskeln contrahirt werden, besonders beim Hervorbringen der hohen Töne. 3. Die Qualität und der Timbre der Stimme ist abhängig von den Resonanzhöhlen, ihrer speciellen Form und ihrer Lage zu den Stimmbändern und dem Larynx, und die sorgfältige und richtige Einstellung der Töne ist vielleicht der allerwichtigste Factor bei der Stimmbildung. LEFFERTS.

99) **L. P. H. Eykman** (Amsterdam). **Die Messung der verticalen Kiefer-Entfernungen beim Sprechen. (The measuring of the vertical jaw-distances in speech.)**

H. Zwaardemaker (Utrecht). **Ueber den Accent nach graphischer Darstellung.**

J. H. Gallée (Utrecht). **Ueber die Dauer von Vocalen und Consonanten. (Over den duur van klinkers en medeklinkers.)** *Sämmtlich in: Onderzoeckingen in het Physiol. Laboratorium Utrecht. V. Reihe. II. Bd. 2. Lief.*

L. P. H. Eykman. Bewegungen des Kiefers beim Sprechen. (Mouvements de la machoire en parlant.) *Archives Teyler. Série II. T. 7. 2. Part.*

Alle diese Publicationen enthalten Resultate der experimentell-phonetischen Untersuchungen, welche im Utrechter physiologischen Laboratorium mit dem Zwaardemaker'schen Apparate mit grossem Fleiss und Ausdauer immerfort angestellt werden.

H. BURGER.

100) **G. Hudson Makuen. Diagnose und Behandlung einiger functionellen Formen von Sprachfehlern. (The diagnosis and treatment of some functional forms of defective speech.)** *Laryngoscope. December 1900.*

Verf. führt aus, dass Schulen zur Heilung von Sprachfehlern errichtet worden sind, die jedoch unsystematisch und erfolglos arbeiteten. Vor allem bedarf es von Anfang an eines Laut-Alphabetes, wie es schon vor langer Zeit geschaffen worden ist unter dem treffenden Namen „physiologisches Alphabet". Verf. hat dieses Alphabet, das 44 Laute enthält, revidirt und benutzt es in allen Fällen als Maassstab zur Vergleichung. Jede Abweichung von demselben muss in künftigen Berichten sorgfältig berücksichtigt werden. Die Ursachen sind oft nicht leicht zu finden. Der Mechanismus der Sprachbildung ist ein dreifacher und beruht auf Mitwirkung von Gehör, Stimme und Mund, und zwar central und peripher. Wenn der erwachende Intellect die Controle über die bis dahin automatischen Sprachvorgänge des Kindes zu übernehmen beginnt, kann sich eine mehr minder ausgesprochene Hemmung des peripheren Mechanismus einfinden, die zu Articulationsstörung oder Stammeln oder zu beidem zugleich führt. Das Hörcentrum steht mit dem Sprachcentrum in engem Zusammenhang und ihre Entwicklung geschieht gleichzeitig. Sprachstörungen haben subjective oder objective Ursachen. Bezüglich der Prophylaxe ist Verf. der Ansicht, dass die Ausbildung bei guten Sprachanlagen verhältnissmässig leicht, dagegen die Correction einmal erworbener fehlerhafter Angewohnheiten bedeutend schwieriger ist. Bei vielen Kindern soll die ausgesprochene Neigung zum Lallen angeregt werden, gelegentlich kann es aber auch nöthig werden, sie zu unterdrücken. Man soll den Kindern im Sprechen nur gutes Beispiel geben und das Nachahmungstalent anregen. Die Babysprache soll streng auf die allererste Kindheit beschränkt werden. Stottern ist ein erworbener Defect, wenn auch die zu diesem Leiden prädisponirenden nervösen Grundlagen oft schon durch Generationen hindurch vererbt sind. Derartig prädisponirte Personen sind oft schwer vom Stottern zu heilen. Ein Kind mit derartiger Anlage soll unvermerkt an langsames Sprechen gewöhnt werden und darf niemals aufregende Ereignisse erzählen. Das verlangt einiges Tactgefühl, da das Kind

niemals die wahre Veranlassung dafür erfahren darf. Viele Kinder sind dadurch erst rechte Stotterer geworden, dass man ihre Aufmerksamkeit auf diesen Sprachfehler gelenkt hat.

EMIL MAYER.

f. Schilddrüse.

101) **Gautier. Beziehungen des Arsenikgehaltes der Schilddrüse zur Haut und die Genitalorgane.) (Rapports de l'arsenic du corps thyroïde avec la peau et les organes génitaux.)** *Académie de Médecine. 7. August 1900.*

Verf. weist nach, dass die Schilddrüse den Haaren Arsenik liefert und dass der Ueberschuss von Arsenik wieder mit dem Menstrualblut eliminirt wird.

PAUL RAUGÉ.

102) **W. Thorburn. Bemerkungen zur Pathologie der Schilddrüse. (Remarks on the pathology of the Thyreoid gland.)** *N. Y. Medical Journal. 14. Juli 1900.*

Der Verf. berücksichtigt Eingangs die allgemein concedirte Vorstellung, dass die Schilddrüse durch innere Secretion Stoffe abscheidet, die durch die Lymphgefässe und Venen resorbirt und durch den ganzen Körper vertheilt werden und die Aufgabe haben, den gesammten Stoffwechsel zu reguliren; vornehmlich wirken sie auf das Nervensystem, die Haut und das Knochenwachsthum. Als wirksames chemisches Princip hat man das Jod erkannt. Mangelnde Secretion verursacht Athyreoidismus, überreichliche dagegen Hyperthyreoidismus. Die Wirkung dieses „Thyreoidins" kommt zur Geltung, wie es auch immer dem Organismus einverleibt wird. Athyreoidismus kann traumatisch sein; erworben: Myxödem, congenital: Cretinismus. Für die Thyreoidectomie stellt Verf. als Regel auf, die adenomatösen Massen zu entfernen und das Thyreoideagewebe zurückzulassen, was sich gewöhnlich über dem Tumor ausbreitet. Alle Formen von Athyreoidismus können gebessert oder doch in Schranken gehalten werden durch die Verabreichung von Schilddrüsenextract. Hyperthyreoidismus kann durch excessive Secretion der Schilddrüse oder aber accidentell, oder auch auf medicinellem Wege verursacht sein; durch Kaliumjodat, das zur Stimulation der Drüse gegeben worden ist, durch Hypertrophie der Schilddrüse und sogar durch zu schnelle Absorption des Secrets einer selbst normalen Drüse. Verf. neigt durchaus dazu, den Morbus Basedowii als Ausdruck eines chronischen Hyperthyreoidismus aufzufassen. Er nimmt ferner an, dass möglicherweise das Secret der normal functionirenden Drüse eine Art von allgemeinem Antitoxin darstellt und giebt als Beispiel ihre gewöhnliche Schwellung während der Schwangerschaft, ihre eigenthümliche Beziehung zur Tuberculose und die Seltenheit ihrer syphilitischen Erkrankung. Die einfache Hypertrophie der Schilddrüse beruht wahrscheinlich auf einem compensatorischen antitoxischen Vorgang.

LEFFERTS.

103) **M. N. Roger** und **M. Goriner. Experimentaluntersuchungen über Schilddrüseninfectionen. (Experimentaluntersuchungen über Schildrüseninfectionen.)** *N. Y. Medical Journal. 1. September 1900.*

Die Verff. haben experimentelle Eiterungen in der Schilddrüse von Meer-

schweinchen und Kaninchen erzeugen können und zwar in einigen Fällen durch Typhusbacillen, in anderen durch Staphylococcen, die in die Carotis injicirt wurden. In einigen Fällen kam es nur zur parenchymatösen, in anderen zur interstitiellen Entzündung. Der Typhusinfection folgte eine hämorrhagische Thyreoiditis, desgleichen fand sich Sklerose. Verff. führen aus, dass dieselben Infectionen auch beim Menschen im Verlauf von acuten Infectionskrankheiten beobachtet werden. Sklerose kommt in chronischen Erkrankungen vor z. B. Tuberculose, kann sich aber auch bei acuter Krankheit entwickeln. Hämorrhagische Thyreoiditis wird zuweilen bei Variola beobachtet. LEFFERTS.

104) **A. Schudmak** und **T. A. Vlachos. Posttyphöse Eiterung der Schilddrüse) (Post-typhoidal suppuration of the Thyreoid gland.)** *N. Y. Medical Journal. 11. August 1900.*

Die Verff. berichten von einem Fall von posttyphöser Eiterung der Schilddrüse, in welchem Typhusbacillen im Eiter gefunden wurden. Sie schreiben secundäre Infectionen mit Eberthbacillen im Allgemeinen nicht der Virulenz der Bacillen zu, ausser, wenn dieselbe besonders hochgradig ist. Die Leukocytose der peripheren Entzündungsherde, die durch den Typhusbacillus hervorgerufen wird, steht im Contrast zur typhösen Leukopenie und beruht nach der Ansicht der Verff. auf einer Invasion in die hauptsächlichsten der Leukocytenformung dienenden Organe bei der genannten Erkrankung. LEFFERTS.

105) **Georg R. Murray. Die Behandlung von einfachem Kropf bei jugendlichen Erwachsenen. (The treatment of simple goitre in young adults.)** *N. Y. Medical Record. 1. September 1900.*

Verf. macht auf die günstigen Resultate aufmerksam, die er bei der Behandlung einiger Formen von vergrösserter Schilddrüse mit Schilddrüsenextract erhalten hat. Basedow muss auszuschliessen sein, denn seine Symptome verschlimmern sich oft unter dieser Behandlung. Man kann das Schilddrüsenextract in flüssiger oder fester Form verabreichen. Verf. bedient sich der officinellen Präparate und giebt von ersterem 1,0 g und von letzterem 0,2 g oder mehr zwei- bis dreimal täglich. Er berichtet von 3 Fällen als Illustration dazu. LEFFERTS.

106) **Herrick. Morbus Basedowii. (Exophthalmic Goitre.)** *N. Y. Medical Record. 4. August 1900.*

Hyoscinum hydrobromicum 0,08 und Picrotoxin 0,003—0,006 g wurde längere Zeit hindurch verabfolgt und zwar mit gutem Erfolge. LEFFERTS.

107) **O. T. Osborne. Morbus Basedowii. (Graves thyroid disease.)** *N. Y. Medical News. 8. September 1900.*

Verf. hält Ruhe, Thymusextract in kleinen Dosen, Strophantus und Bromide für die beste Behandlung. Gute Dauerresultate soll man vor 1—2 Jahren nicht erwarten und selbst dann können noch Recidive eintreten. Die Erkrankung bessert sich stets während der Menses und während des Wochenbettes und kann wahrscheinlich dauernd in der Menopause heilen. Complicationen wie Herzerweiterung sollen im Zusammenhang mit der Struma behandelt werden. Wenn noch Diabetes

dazu eintritt, ist Codein vielleicht das beste Heilmittel für die beiden Erkrankungen. Alle uterinen Störungen sollen behandelt werden. LEFFERTS.

108) **Farquar Curtis. Thyroidectomie bei Basedow'scher Krankheit. (Thyroidectomie for Graves' disease.)** *N. Y. Medical News. 8. September 1900.*

Verf. führte wegen dieser Krankheit 9 Thyroidectomien aus und in keinem Fall trat irgendwelche Complication der Operation selbst auf, nicht einmal Haemorrhagie. Von den 9 Fällen wurden 6 geheilt, 3 starben. LEFFERTS.

g. Oesophagus.

109) **Giuseppe Mancuso. Eine Studie über Oesophagusdrüsen. (A study of the Oesophageal glands.)** *N. Y. Medical Journal. 17. November 1900.*

Verf. berichtet über seine Studien zur Bestimmung der anatomischen Verhältnisse der Oesophagusdrüsen. Er kommt zu folgendem Schluss: 1. Beim Neugeborenen sind die Oesophagusdrüsen spärlich an der Zahl und auf die Pharynxregion begrenzt. 2. Sie haben acinösen Charakter. 3. Bei Hunden sind sie sehr zahlreich und in allen Abschnitten des Oesophagus zu finden. 4. Bei diesen Thieren haben sie die tubulöse Form. LEFFERTS.

110) **Max Einhorn. Idiopathische Dilatation des Oesophagus. (Idiopathic dilatation of the Oesophagus.)** *N. Y. Medical Record. 8. September 1900. N. Y Medical Journal. 13. October 1900.*

Unter dieser Bezeichnung versteht Verf. diejenigen Zustände, in welchen die Dilatation ohne irgend welches mechanisches Hinderniss innerhalb oder ausserhalb der Oesophaguswand oder der Cardia besteht. Er beschreibt 10 Fälle seiner eigenen Erfahrung und 2 früher beobachtete. Der Zustand kann beruhen auf Lähmung oder Atonie des Oesophagus, spastischer Contraction der Cardia, mangelhafter reflectorischer Erschlaffung oder unvollständigem Offenbleiben der Cardia während des Schluckactes. Sie muss diagnosticirt werden, wenn seit lange Dysphagie besteht, kein Schluckgeräusch vorhanden ist, keine organische Strictur gefunden wird, und der Oesophagus theilweise mit nicht verdauter Nahrung erfüllt ist. Prognose quoad vitam ist gut, quoad restitutionem ad integrum schlecht. Die Behandlung besteht in fester, halbflüssiger und flüssiger Ernährung. Nach jeder Mahlzeit soll der Patient Uebungen ausführen, wobei er die Brust mehrere Minuten lang nach tiefer Inspiration comprimirt, was die Nahrung nach unten drängt. Der Oesophagus soll jeden Abend mit dem Magenschlauch ausgeleert und ausgespült werden. Bromide, Eisen und Arsenik können von Nutzen sein.

LEFFERTS.

111) **G. Holzknecht. Die Diagnose der Oesophagusstenose. (The diagnosis of Oesophageal Stenosis.)** *N. Y. Medical Record. 29. September 1900.*

Verf. giebt die Details über eine neue Methode zur Diagnose von Oesophagusstricturen durch Röntgenstrahlen. Die Einführung eines mit Schrot oder Quecksilber gefüllten Bougies und nachfolgende langdauernde Röntgenbelichtung des Patienten ist eine unangenehme und zuweilen sogar gefährliche Procedur,

gegen deren Unzuträglichkeiten die Vorschläge des Verf.'s sich richten. Es kommen da 3 verschiedene Proceduren in Betracht. Zunächst erhält der Patient ein Glas voll Wasser, das 1—2,0 g Wismutnitrat in Form einer Schüttelmixtur enthält, zu trinken. Wenn die Strictur einigermaassen ausgesprochen ist, wird sich das Wismut an der verengerten Wand absetzen und sich so bei der Durchleuchtung sichtbar machen. Die einzige Richtung, in welcher der Oesophagus der Beobachtung zugänglich ist, ist von links hinten nach rechts vorn, wo er dann als leichter Strich zwischen der Wirbelsäule und starken Schatten sichbtar wird. Bei der andern Probe bekommt der Patient während der Durchleuchtung eine wismuthaltige Kapsel zu schlucken und der schwarze vom Metall herrührende Schatten zeigt dann den Ort der Stenose an.

Zur Bestätigung dieser zwei Proceduren, oder wenn sie negative Resultate ergeben haben, lässt man vor der Kapsel einen Bissen Brot hinunterschlucken, von dem man sicher annehmen kann, dass er in der Strictur stecken bleibt und so die hinuntergleitende Kapsel festhält. Der Vorzug dieses Verfahrens liegt darin, dass es auch anwendbar ist, wenn die Einführung von Bougies wegen vermuthlichen Aortenaneurysmas, Haematemesis, oder infolge Weigerung des Pat. nicht zulässig ist, und dass es auf einfache schmerzlose Weise über Vorhandensein, Localisation, Kaliber und Länge der Strictur genauen Aufschluss giebt.

LEFFERTS.

112) **R. Schütz. Oesophagusstenose durch Magencarcinom vorgetäuscht. (Gastric Carcinoma simulating esophageal stenosis.** *N. Y. Medical News. 8. September 1900.*

Eine Dilatation des unteren Oesophagusabschnittes diente dem Magen, welcher durch eine vom Pylorus ausgehende und fast die ganze Wand einnehmende maligne Neubildung verengert war, als supplementärer Raum. Die Anamnese war ganz atypisch insofern, als niemals Erbrechen aufgetreten war oder irgend welche auf secundäre Dilatation hinweisende Symptome, vielmehr eine allmälig zunehmende Dysphagie erst für feste, dann auch für flüssige Nahrungsmittel die Erkrankung im Oesophagus localisirt erscheinen liess. Bei der Autopsie fand man, dass, obgleich während des Lebens kein Tumor palpabel war, der Magen in eine steife, dickwandige, verticale Röhre verwandelt war, bei gleichzeitiger grosser Erschlaffung der unteren Oesophaguswand. Die eigenthümliche Stellung des Magens infolge contrahirter peritonealer Adhäsionen musste bedeutsam für das klinische Bild werden, denn er wurde infolge dessen einfach eine Fortsetzung des Oesophagus und trotz der hochgradigen Insufficienz trat dabei keine Dilatation ein. Die scheinbare Oesophagusstenose, welche übrigens der Passage harter oder weicher Bougies nie Schwierigkeiten gemacht hatte, erklärte sich einfach durch die Atonie seiner Musculatur.

LEFFERTS.

113) **Julius Friedenwald. Ein Fall von Oesophaguskrebs mit Perforation in die linke Pleurahöhle. (A case of cancer of the esophagus with perforation into the left pleural cavity; death from pyo-pneumothorax.)** *Maryland medical Journal. September 1900.*

Der Titel giebt den Inhalt.

EMIL MAYER

114) **M. Manclaire. Indicationen und Operationstechnik zur Gastrostomie wegen oesophagealer Neubildung. (Indications and operative technique of Gastrostomy for oesophagical Neoplasm.)** *N. Y. Medical Record. 6. October 1900.*

Verf. setzt auseinander, dass die Prognose der Oesophagusneubildungen sehr schlecht ist, und dass dem Chirurgen bei Unmöglichkeit der Entfernung der Geschwulst nur die palliative Behandlung übrig bleibt. Sodann referirt er kurz die Geschichte und die gebräuchlichen Methoden der Gastrostomie. Die Resultate sind keineswegs so glänzend als es zu wünschen wäre, aber nichtsdestoweniger bessern sie den Zustand so wesentlich, dass zuweilen die Nahrung wieder durch den Mund eingeführt werden kann. Das Leben wird für Wochen oder Monate verlängert, die Schmerzen sind geringer, und die Patienten wesentlich erleichtert.

LEFFERTS.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Ernest L. Shurly. Eine Abhandlung über Nasen- und Halserkrankungen. (A treatise on diseases of the nose and throat.)** New York. D. Appleton and Co. 1900.

Verf. betont, dass das Buch für den allgemeinen Practiker und die Medicinstudirenden mehr als für den laryngologischen Specialisten bestimmt ist. Ref. gehört nun zwar zu letzteren und spricht seine Meinung im engeren Collegenkreis aus, will aber lieber die verschiedenen Begehungs- und Unterlassungssünden, deren sich der Autor schuldig macht, entschuldigen und weniger kritisch verfahren, als er vielleicht möchte. Es ist erfreulich zu constatiren, dass der Autor viel zu bescheiden ist, indem ein äusserst anziehendes Werk vor uns liegt, ganz auf modernem Boden stehend, mit guten Illustrationen, abgesehen vielleicht von den colorirten Tafeln, die Grünwald entnommen sind und weniger deutlich wie das Original ausgefallen sind.

Ueberall in dem Buche, das 700 Seiten stark ist und 200 Abbildungen enthält, tritt die Forschung, soweit sie überhaupt möglich war, hervor.

Der Stoff und die Capitel sind mehr nach der allgemeinen Natur der Krankheit klassificirt als nach der Anatomie der befallenen Theile. Das III. Capital handelt z. B. von acuter Rhinitis, Pharyngitis, Laryngitis und erst das XI. von den chronischen Affectionen derselben Partien. Diese Eintheilung muss doch etwas verwirrend wirken, besonders auf die Studirenden.

Die Capitel über Syphilis, Tuberculose, obere Luftwege, sowie dasjenige über Deviationen des knöchernen und knorpeligen Septums sind besonders gut geschrieben. Die Dosirung ist durchaus im „Troy"system gegeben, die Decimalgewichte nicht erwähnt, und ferner vermissen wir das Autorenregister, Mängel, die übrigens in den zukünftigen Auflagen leicht ausgemerzt werden können. Im

Ganzen liegt ein gut geschriebenes und wohl durchgearbeitetes Buch vor uns, auf das der Autor stolz sein kann. Emil Mayer.

---

b) V. Italienischer Congress für Laryngologie, Rhinologie und Otologie.

Neapel, 26. bis 28. April 1900.

(Der rhino-laryngologische Theil referirt nach dem Bollet. delle malatt. dell' orecchio etc.)

Massei ist Referent für das erste officielle Thema: „Prophylaxe und Therapie der oberen Luftwege".

Bezüglich der Prophylaxe unterscheidet sich der Standpunkt des Referenten nicht wesentlich von den Grundsätzen, die für die Prophylaxe tuberculöser Erkrankungen der Athmungswege überhaupt verschiedentlich auch von anderer Seite aufgestellt worden sind. In therapeutischer Hinsicht möchte er die endolaryngealen chirurgischen Eingriffe im Wesentlichen vorbehalten wissen für die tumorartigen Formen, die er im Allgemeinen für den Ausdruck einer primären Larynxtuberculose hält, während sich ihm für die Infiltrationen, mit und ohne Ulceration, die Erscheinungen einer secundären Betheiligung des Kehlkopfs sind, am meisten alternirende Milchsäure- und Sublimatbehandlung bewährt hat. Die von Goris empfohlene Laryngotomie verwirft er und zieht bei Stenosenerscheinungen die Tracheotomie der Intubation vor, da sowohl Ruhestellung des erkrankten Organs wie Besserung des Allgemeinzustandes infolge von ergiebiger O-Zufuhr dadurch erzielt wird. Im Uebrigen hat Verf. das ganze Arsenal der local anzuwendenden Arzneipräparate durchprobirt; neben der Milchsäure, die ihre glänzenden Eigenschaften aber erst entfaltet, wenn sie mit der Auskratzung der ulcerirten Partien combinirt wird, haben sich ihm als besonders werthvoll erwiesen: die Sulforicinsäure, das Jodoform und das Ichthyol.

Wo die Dysphagie sehr erheblich ist und der Anwendung von Jodoform-Aether oder Menthol trotzt, räth Ref., zu dem Dujardin-Beaumetz'schen Apparat Zuflucht zu nehmen, vorausgesetzt, dass der Magen noch einigermaassen functionirt.

Die Heilstätten eignen sich für erstere Fälle von Larynxtuberculose schon aus dem Grunde nicht, weil es meistens in denselben an specialistisch durchgebildeten Aerzten mangelt, die die für solche Fälle unerlässliche locale Behandlung durchführen könnten.

Zum Schlusse verbreitet sich Ref. über die tuberculösen Manifestationen in der Nase und der Mundhöhle. Er demonstrirt dabei einen Patienten, bei dem es ihm gelungen ist, Vegetationen unzweifelhaft tuberculöser Natur in der Nase zum völligen und definitiven Verschwinden zu bringen; er betont die schwere Heilbarkeit der tuberculösen Ulcerationen auf der Zunge, die sich auch der Milchsäure gegenüber refractär verhalten.

Martuscelli (Neapel) hat das Referat über das zweite Hauptthema übernommen: „Die pathologische Anatomie und Bacteriologie der Tuberculose der oberen Luftwege".

Der Vortrag, in welchem wiederholt der Standpunkt des Ref., dass Lupus und Tuberculose völlig identische Erkrankungen seien, betont wird, giebt eine durch Demonstrationen zahlreicher Präparate und Nachbildungen illustrirte zusammenfassende Uebersicht des bisher Bekannten.

Ferreri und Rosati (Rom) beleuchten die Rolle, welche die Laryngologie im Kampfe der Gesellschaft gegen die Tuberculose zu spielen berufen ist. Sie lassen die bisher in diesem Kampfe erprobten Mittel Revue passiren und kommen zu dem Schlusse, dass die Aufnahme der an Tuberculose der oberen Luftwege Erkrankten in die Heilstätten nicht durchführbar sei und auch die Polikliniken, wie sie jetzt in Deutschland ins Leben gerufen seien, keine Garantien für die erfolgreiche Bekämpfung der Krankheit böten. Sie schlagen die Errichtung von Beobachtungs- und Behandlungsstationen vor, ein Mittelding zwischen Sanatorium und Poliklinik, das sie „phthiseotherapeutische Ambulanzen“ nennen.

Fasano (Neapel) berichtet über Anwendung von Thiocol bei der Behandlung der Larynxtuberculose.

Redner hat bei einigen Phthisikern, denen er innerlich Thiocol verordnet hatte, eine Besserung der neben der Lungenaffection gleichzeitig bestehenden Larynxtuberculose beobachtet. Er hat dann das Mittel local mittelst der Insufflation in den erkrankten Kehlkopf gebracht und zwar bediente er sich zu diesem Zweck folgender Mischung:

Thiocol 0,2
Cocain. mur. 0,4
Acid. boric. 2,0.

Redner theilt die Resultate, die er mit dieser Behandlung erzielte, in zwei Categorien, je nachdem es sich um primäre oder secundäre Larynxtuberculose handelte. In der ersten Serie waren die Resultate befriedigend, sowohl wenn es sich um einfache Infiltrationen, wie wenn es sich um Ulcerationen handelte; sie waren besonders in das Auge fallend, wenn man die Thiocol-Anwendung mit der Heryng'schen Methode combinirte. Das Thiocol leistete bei dieser combinirten Behandlungsweise mehr als die Milchsäure.

Bei den secundären Larynxerkrankungen wurden neben der localen Application gleichzeitig innerlich grosse Dosen von Thiocol gegeben. Der Erfolg war in den leichten Formen sehr günstig, bei den vorgeschrittenen jedenfalls besser, als der mit sonstigen Mitteln erzielte.

Masini (Genua) berichtet über Versuche zur Frage von der Contagiosität der Exspirationsluft Tuberculöser.

Er hat seine Kranken auf das Peritoneum laparotomirter Meerschweinchen exspiriren und husten lassen. In den Fällen, wo keine Larynxtuberculose bestand, war die Zahl der negativen Resultate beim Husten im Verhältniss von 7 : 10; bei bestehender Laryntuberculose fiel die Verhältnisszahl auf 4 : 10. Die einfache Exspiration gab nur einmal — und zwar hatte der Patient sehr forcirt ausgeathmet — zur Entstehung spärlicher Tuberkel auf dem Peritoneum Veranlassung.

Grazzi (Pisa) spricht über die Prophylaxe der Tuberculose in den Räumen des Laryngoiaters.

In den Krankenräumen muss eine reichliche Anzahl zweckmässig construirter Spucknäpfe vertheilt sein; dieselben werden am besten gefüllt mit Kalkmilch und zwar solche von stärkerer Concentration, als sie gewöhnlich gebräuchlich ist. Der Fussboden soll abwaschbar sein; zur Reinigung desselben empfiehlt sich 1 proc. Chlorkalcium-Lösung. Dem Laryngologen, der ganz besonders der Gefahr der Tröpfchen-Infection ausgesetzt sei, räth Grazzi zur Anwendung eines das Gesicht bedeckenden weissen Blattes Papier, in welches Oeffnungen für die Augen ausgeschnitten sind und das, als eine Art von Visir, leicht unter dem Stirnspiegel oder Reflector befestigt werden kann. Zum Hervorstrecken der Zunge benutzt Redner, da alle anderen Stoffarten durchlässig sind, Stückchen von Wachsleinewand. Zur Sterilisation der Spiegel bedient er sich 5—7 proc. Carbolsäure.

Grazzi (Pisa) berichtet über das Peronin als neues lokales Anästheticum, besonders bei der Behandlung der Larynxtuberculose.

Redner hat das Merck'sche Peronin in 1 proc. Lösung erstlich als locales Anästheticum bei galvanokaustischen Eingriffen in der Nase und im Rachen angewandt; zur Anästhesirung des Larynx bediente er sich einer stärkeren in der Wärme bereiteten Lösung. Die Anästhesie tritt etwas später ein, als nach Gebrauch drei- bis viermal höherer Dosen von Cocain, dafür hält sie jedoch länger aus. Sie ist von keinerlei unangenehmen Empfindungen begleitet, es tritt auch nicht, wie bei Cocain, Ischämie der Schleimhaut ein, sondern — besonders bei jugendlichen Individuen — Hyperämie, die bis zu einer Stunde lang anhält. Das Peronin ist ein vortreffliches Analgeticum bei den schmerzhaften tuberculösen Affectionen des Larynx; seine Wirkung reicht hier mehr in die Tiefe, als die des Cocains, vor dem es auch die geringere Gefährlichkeit und Kostspieligkeit voraus hat.

Masucci (Neapel) macht gleichfalls einige Bemerkungen zur localen Behandlung der Larynxtuberculose.

Von 198 von M. beobachteten Fällen von Kehlkopfschwindsucht handelte es sich in 25 um primäre Erkrankung des Larynx; bei monatelang fortgesetzter, sehr sorgfältiger Thoraxuntersuchung kamen erst 6—11 Monate nach dem Auftreten der Kehlkopferkrankung die ersten Erscheinungen von Seiten der Lunge zur Beobachtung.

Die Larynxaffection war in 67 Fällen eine einseitige und zwar 53mal correspondirend mit der erkrankten Lunge.

Redner ist der Ansicht, dass der häufigste, wenn nicht ausschliessliche Weg der Ausbreitung der durch die Lymphgefässe sei.

Nach Erprobung der verschiedensten Behandlungsmethoden und nachdem seine Ansichten mehrfachen Wandlungen im Laufe der Zeit unterworfen waren, vertritt M. heute die Meinung, dass die souveräne Therapie bei Larynxtuberculose, wenn es sich um Infiltrationen handelt, Milchsäure- und Jodoformbehandlung, wenn Ulcerationen vorhanden sind, die Heryng'sche Methode sei.

Genta (Genua) spricht über die Dysphagie bei Larynxtuberculose.

Redner betont den Werth des Menthols, rühmt die unmittelbaren Erfolge nach Anwendung von Cocain und macht besonders auf die vorzügliche — von Einigen für specifisch gehaltene — Wirkung der 20proc. Sulfuricinsäure aufmerksam.

Mongardi (Bologna) berichtet über ein Granulom am rechten Stimmband mit Befund von Koch'schen Bacillen.

Der Fall betraf ein 18jähriges erblich stark belastetes Mädchen; nach Abtragung der Neubildung und Betupfen mit Milchsäure trat völlige Heilung ein.

Martini (Bologna) spricht an der Hand von vier selbst beobachteten Fällen über Tuberculosis vegetans der Nase.

In drei Fällen wurde mit positivem Erfolg der aus den Granulationen genommene Saft Meerschweinchen intraperitoneal injicirt. Nach Ansicht des Verf.'s dringen die Tuberkelbacillen gewöhnlich durch kleine Continuitätstrennungen ins Epithel ein.

Tentarsi (Neapel) demonstrirt sechs Moulages, welche die verschiedenen Formen der Larynxtuberculose zur Anschauung bringen.

Cozzolino (Neapel) behandelt das Thema, ob Phthisiker mit tuberculösen Affectionen der oberen Luftwege für Behandlung in Höhencurorten und an der See geeignet seien.

Aus den sehr umfangreichen Ausführungen, die eine Zusammenfassung der bisher gesammelten Erfahrungen darstellen, sei nur hervorgehoben, dass Redner bei Complicationen seitens des Larynx Aufenthalt an sehr hoch gelegenen Plätzen nur äusserst bedingt für gerathen hält, dagegen sich für Sanatorien mittlerer Höhe (bis zu 1000 m) ausspricht.

Isaia (Neapel) berichtet über ein per vias naturales entferntes polylobuläres Fibrom des Nasenrachenraums,

Prota (Neapel) über einen Tumor der Epiglottis.

Derselbe war sowohl durch Grösse, Sitz, wie sein langes Bestehen ausgezeichnet. Der Patient ist ein 18jähriger Jüngling, der seit seinem 12. Lebensjahr an Schmerzen und Schluckbeschwerden im Halse litt, die alle 4—5 Monate wiederkehrten. In letzter Zeit hatten die Beschwerden erheblich zugenommen und die Dysphagie war so stark geworden, dass die Ernährung schwierig wurde. Am Zungengrund konnte man einen glatten, rothen, zweilappigen Tumor von prallelastischer Consistenz constatiren, der, wie man durch Digital-Untersuchung feststellen konnte, von der Epiglottis ausging und fast den ganzen Isthmus faucium ausfüllte. Der Tumor wurde mit der galvanokaustischen Schlinge in zwei Zeiten entfernt und die histologische Untersuchung ergab, dass es sich um ein Fibroma cysticum multiloculare mit kleinzelliger Infiltration handelte.

Massei berichtet über zwei Fälle von „parasyphilitischen“ Affectionen des Larynx, von denen er einen im Stande ist zu demonstriren. Es handelt sich um ein Individuum, das früher klassische Erscheinungen von Syphilis im Rachen und Kehlkopf gehabt hat und bei dem die Tracheotomie ge-

macht werden musste wegen vollständiger Juxtapposition der Stimmlippen, die Redner auf eine Infiltration der Regio subarytaenoidea zurückführt.

Egidi (Bonn) macht einige Fälle von Intubation bei Säuglingen zum Gegenstand seiner Beurtheilung.

Die Hauptschwierigkeit besteht in der Ernährung, da Milch, auch theelöffelweise gereicht, krampfartigen Husten hervorruft. Redner hat sich mit der theelöffelweisen Darreichung von Gelatine geholfen und es ist ihm z. B. gelungen, ein 6monatliches Kind auf diese Weise 10 Tage lang gut zu ernähren. Mit Vortheil hat Redner sich der von Bajeux vorgeschlagenen Methode der Extubation bedient.

Massei bestätigt die Zweckmässigkeit der Ernährung mittels Gelatine, der er auch Eier hinzugefügt hat.

Tanturri berichtet über einen ungewöhnlichen Fall von prolongirter Intubation.

T. unterbreitet der Versammlung eine ausführliche Monographie über seinen Fall, von der wir die folgenden Schlusssätze wiedergeben:

1. Der mitgetheilte Fall von 136tägiger Intubation ist bisher in der Literatur ohne Analogon.

2. Eine mögliche, wenn nicht häufige, Complication des Croup ist der peritracheo-laryngeale Abscess.

3. Diese Erkrankung kann eine partielle Nekrose des Ringknorpels zur Folge haben.

4. Die Intubation bleibt bei acuten Larynxstenosen von langer Dauer das beste Mittel.

5. Die Intubation kann sehr lange Zeit hindurch ohne jede Schädigung für das erkrankte Individuum fortgeführt werden, vorausgesetzt, dass die Tuben geeignet sind und von Seiten des Arztes mit der grössten Delicatesse vorgegangen wird.

6. Der gefensterte O'Dwyer'sche Tubus leistet bei Granulationen am Ringknorpel unschätzbare Dienste.

7. Für die Ernährung eignet sich am besten Fleischgelatine.

Ajelli (Neapel) bringt einen Beitrag zur Anwendung der Intubation bei Fremdkörpern im Larynx.

Borgoni (Neapel) demonstrirt Modificationen an Intubations-Canülen, durch die er hofft, die Aufnahme von Flüssigkeit möglich zu machen.

Finder.

Druck von L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XVII. Berlin, September. 1901. No. 9.

I. Referate.

a. Allgemeines, Medicamente, Instrumente etc.

1) **Jonathan Wright. Einige flüchtige kritische Bemerkungen über die neuere laryngologische Literatur. (Some critical and desultory remarks on recent laryngological and rhinological literature.)** *Laryngoscope. Juli 1900.*

Wie die Ueberschrift angiebt, bringt Verf. ein Resumé einiger neueren Arbeiten über verschiedene Themata, wie Cerebrospinalflüssigkeit, Atropin-Strychninbehandlung des Nasenausflusses, Nebenhöhlenerkrankung, primäre Erkrankung bei atrophischer Rhinitis u. s. w. Verf. versieht jedes Thema mit Anmerkungen und einigen Beobachtungen, wobei er seine Meinung kundgiebt.

Im Ganzen stellt die Arbeit einen werthvollen Beitrag zu unserer Literatur dar.

EMIL MAYER.

2) **Mader** (Wien). Aus casuistischen Mittheilungen: **Selbstmord durch Salmiakgeist.** *Zeitschrift für Heilkunde. Bd. 21. (1900). S. 330.*

Trotz ausgedehnter Verätzungen des Schlundes, sowie Kehlkopfes bis in das Lungenparenchym hinein keine Athembeschwerden, kein Husten — jedenfalls handle es sich hier um eine Anästhesirung der betroffenen Schleimhäute. — Exitus nach 20 Stunden in Folge Ueberladung des Blutes mit Ammoniak.

CHIARI.

3) **S. Solis Cohen. Die Thymusdrüsentherapie. (The Therapeutics of the Thymus glands.)** *N. Y. Medical Record. 14. Juli 1900.*

Verf. hat selbst viele gute Erfolge bei der Anwendung dieser Drüse zu verzeichnen gehabt, hat sie aber kürzlich aufgegeben, da er mit dem Nebennierenextract noch bessere Resultate erzielt hat. Einige Fälle hatten Erscheinungen, die am besten von Nebennierenextract beeinflusst wurden, andere reagirten besser auf Thymusextract. Im Ganzen schien eine Combination von beiden wirksamer als eines allein. Die Physiologen haben uns darüber nicht viel Aufklärung gebracht. Es heisst, dass das active Princip der Thymusdrüse bei intravenöser Injection eine ausgedehnte Gefässgerinnung verursacht, weshalb das Mittel als Stypticum angewandt und bei Hämophilie empfohlen wurde. Desgleichen wurde das Extract bei

Leukämie, Rachitis und rheumatischer Arthritis gegeben. Kinnicutt u. A. haben seine guten Erfolge bei Lungentuberculose gerühmt. Chittenden hat gezeigt, dass die Thymusdrüse einen hohen Phosphorgehalt aufweist, welcher möglicherweise die guten Resultate erklären könnte, die man damit erhalten hat.

LEFFERTS.

4) **M. Braun** (Triest). **Ueber Vibrationsmassage der oberen Luftwege, mit specieller Berücksichtigung der Vibration der Nase bei Stirnhöhlenkatarrh und der Tube bei Schwerhörigkeit.** *Vortrag, gehalten in der 72. Versamml. Deutscher Naturforscher und Aerzte zu Aachen. September 1900. Klin. therapeut. Wochenschrift. 1900. No. 45.*

B. beseitigt durch Erschütterung die Hindernisse des freien Eiterabflusses bei Nebenhöhleneiterungen und heilt sogar ohne Auskratzung, Einblasung und Ausspülung oder gar Trepanation des Stirnbeins solche Empyeme. CHIARI.

5) **Stephen Harnsberger. Ueber den Werth des Kaliumbicarbonates bei Erkältungen und Influenza. (Value of potassium bicarbonate in colds and Influenza.)** *Philadelphia Medical Journal. 10. November 1900. N. Y. Medical Record. 17. November 1900.*

Kaliumbicarbonat soll fast in jedem Falle Erkältungen sehr wirksam coupiren. Es werden davon 2 g in einem Glas Milch alle 4 Stunden tagsüber verabreicht und keinerlei andere Vorschrift gegeben; in den meisten Fällen trat schnelle Wendung zur Heilung ein. Wenn Milch nicht gut ertragen oder ungern genommen wird, giebt man das Mittel in einem Glas kalten Wassers und verordnet nur flüssige Diät. In 38—48 Stunden fühlen sich die meisten Patienten dann wesentlich besser und verlangen nach Essen. EMIL MAYER.

6) **v. Stein** (Moskau). **Phenosalyl bei Larynxtuberculose und einigen anderen Erkrankungen des Ohres, der Nase und des Rachens.** *Klin. therapeut. Wochenschrift. 1900. No. 43.*

Phenosalyl hat folgende Zusammensetzung:

Acid. carbol. 9,0
Acid. salicyl. 1,0
Acid. lact. 2,0
Menthol. 0,1.

St. benutzte 3—5proc. Lösungen in Glycerin. Bei Kehlkopftuberculose konnte St. die Dysphagie lindern; die trockenen Geschwüre ohne Oedem und Infiltration der benachbarten Gewebe reinigten sich nach einigen Einpinselungen. Beschränkte und diffuse Infiltrate ohne Exulceration schrumpfen. In allen Fällen besserte sich die Stimme. Eine acute Rhinitis konnte St. mit 5proc. Lösung coupiren, bei hypertrophischen Katarrhen die Secretion mindern und bei atrophischen die Borkenbildung hintanhalten. Auch Pharyngitis und Tonsillitis acuta catarrhalis soll nach vorhergegangener Cocainisirung coupirt werden können. Auf die Entwickelung der Tuberculose bleibt das Mittel wirkungslos. Vergiftungserscheinungen wurden nicht beobachtet. CHIARI.

7) **J. Segel** (Wien). **Die therapeutische Verwendung der Sozojodolpräparate in der Rhino-Laryngologie.** *Wien. med. Blätter. 1900. No. 45.*

Sammelreferat über diesbezügliche Mittheilungen, die als Schlussresultat ergaben, dass das Kalium sozojodolicum wegen seiner austrocknenden, secretvermindernden, das Zincum sozojodol. hingegen wegen der gegentheiligen Wirkung bei entsprechenden Katarrhen der oberen Luftwege mit Erfolg von verschiedenen Autoren angewendet wird. Ein Autor rühmt das Natrium sozojod. als ausgezeichnetes Mittel bei Diphtherie.

CHIARI.

8) **J. Flesch** (Wien). **Zur Zimmtsäurebehandlung der Tuberculose.** *Wien. med. Blätter. 1900. No. 11.*

F. empfiehlt bei Phthisis des Kehlkopfes und der Lungen den Perubalsamcognac (Perco), der eine klare, wohlriechende, wohlschmeckende und aromatische Lösung von Perubalsam in Cognac darstellt — 1 Liter Cognac enthält 50 g besten Perubalsam (mit mindestens 10 pCt. reiner Zimmtsäure) und wird esslöffelweise zweistündlich gereicht. — Namentlich bei hochfiebernden Kranken mit schlechter Esslust angeblich von günstigem Erfolge.

CHIARI.

9) **K. Hödlmoser** (Wien). **Ueber die Behandlung der Tuberculose mit intravenösen Zimmtsäureinjectionen.** *Zeitschrift für Heilkunde. Bd. 21 (1900) S. 276—318.*

H. konnte von 18 Lungenfällen 16,6 pCt. mittels obiger Therapie bessern und räth, diesbezüglich weitere Erfahrungen zu sammeln, zumal keine unangenehmen Nebenwirkungen auftraten.

CHIARI.

10) **W. H. Bates. Ueber die Eigenschaften des Nebennierenextractes. (Properties in suprarenal extract.)** *N. Y. Medical News. 1. September 1900.*

Verf. berichtet über eigene und fremde klinische und experimentelle Beobachtungen und kommt zu dem Schluss, dass keine organische Krankheit die Anwendung des Nebennierenextractes contraindicirt, und dass aseptische Lösungen desselben durchaus harmlos sind.

Die Wirkung des Mittels erstreckt sich auf den Muskeltonus, insbesondere auf die Muskelelemente des Herzens und der Arterien.

Bei schweren Nasenblutungen kann, wenn die Anwendung des Mittels vermittelst Spray oder Watteträger unmöglich ist, eine 10proc. Emulsion in die Nase injicirt werden. Man lasse keine mit dem Extract getränkten Tampons in der Nase liegen, da sonst dadurch in wenigen Stunden Infection mit Nachblutungen verursacht wird. Am besten wird es innerlich angewandt, indem das trockene Pulver auf die Zunge gelegt und dann allmählich hinuntergeschluckt wird.

Innerlich sowohl wie local kann es als Specificum gegen Heufieber gelten. Auch bei zahlreichen anderen Erkrankungen ist es mit wechselndem Erfolge angewandt worden.

Zur Verhinderung von Nachblutungen nach Nasenoperationen hält Verf. das Mittel nicht geignet. Allein seine hämostatische Wirkung macht es werthvoll.

Nachblutungen nehmen wenigstens unter seiner Application nicht zu. Blutungen können sogar durch innerliche Ordination des Mittels bekämpft werden.

LEFFERTS.

11) **W. H. Bates. Weitere Beobachtungen über die klinische Anwendung der Nebenniere. (Further observation on the clinical application of the suprarenal capsule.)** *Interstate Medical Journal. November 1900.*

Verf., der zuerst den Gebrauch dieses thierischen Extractes befürwortet hat, zieht aus seiner 6jährigen Erfahrung darüber folgende Schlussfolgerungen:

1. Der localen Application des wässrigen Extractes folgt regelmässig eine charakteristische Contraction der Gefässe in sämmtlichen Geweben; wenn das Mittel jedoch innerlich angewandt wird, ist seine Wirkung weniger constant, und das Resultat kann nicht sicher garantirt werden.

2. Die Wirkung der Nebenniere folgt ihrer Anwendung unmittelbar. Wenn der erwartete Erfolg nicht eintritt, so liegt es vielleicht daran, dass sie nicht vertragen wird; bei der Anwendung eines guten Präparats, dessen wirksames Princip unverdorben ist, kann man des Erfolges sicher sein.

EMIL MAYER.

12) **W. H. Bates. Ein weiterer Beitrag zur Wirksamkeit der innerlichen und äusserlichen Anwendung des Nebennierenextractes und Bericht über behandelte Fälle. (A further contribution concerning the efficacy of the suprarenal gland both internally and locally with reports of cases.)** *International Medical Magazine. December 1900.*

Verf. erörtert die Anwendung des Extractes bei Erkrankungen des Auges, des Ohres, bei Heufieber, Larynxödem, Basedow'scher Krankheit, acuter Bronchitis, Lungenaffectionen, Hämoptyse und Herzkrankheiten. Verf. erwähnt auch J. O. Roe, der die Verwendung des Mittels bei Nasen- und Halsaffectionen und Operationen befürwortet und es für die beste Entdeckung seit dem Cocain hält. Auch bei Gaumenspaltenoperationen hat Roe von der Anwendung des Extractes Nutzen gesehen.

EMIL MAYER.

13) **Schnirer** (Wien). **Wasserstoffsuperoxyd.** *Klin. therapeut. Wochenschrift. 1900. No. 51.*

Zusammenfassende Darstellung der therapeutischen Anwendung auf verschiedenen Gebieten.

CHIARI.

14) **R. Lake. Mercurol als Antisepticum bei Nasen- und Halserkrankungen. (Mercurol as an antiseptic in diseases of the nose and ear.)** *Lancet. 15. December 1900.*

Das Präparat enthält ungefähr 10 pCt. Quecksilber und fällt Eiweiss nicht. Die Lösung soll nicht länger wie eine Woche gehalten und dann wieder frisch bereitet werden. Sie wird in 2—5 proc. Lösung zu nasalen Injectionen und Waschungen der Nase, sowie der Kieferhöhle angewandt und wirkt ganz reizlos.

ADOLPH BRONNER.

15) **W. Wells** (Philadelphia). **Ueber den Werth des Thiols bei der Behandlung von Nasen- und Halskrankheiten.** *Wien. med. Presse. 1900. No. 41.*

Thiol ist ein künstlich producirtes Ichthyol. Es wurde in schwachprocentigen Lösungen oder als Thiolglycerin mit Erfolg bei katarrhalischen Erkrankungen der oberen Luftwege angewandt. CHIARI.

16) **C. Fenger. Eine neue Methode zur Hebung des Kehlkopfes während der Narkose und nach gewissen Halsoperationen. (A new method of elevating the Glottis during anaesthesia and after certain cervical operations.)** *N. Y. Medical Record. 16. Juni 1900.*

Die Methode besteht in der Anlegung eines medianen Längsschnittes oberhalb des Zungenbeins und Herumführung einer starken Seidennaht unter demselben. In Fällen von Ankylose des Unterkiefers war diese Methode in der Narkose sehr werhvoll, weil sie als postoperatives Verfahren in Fällen, in welchen die oberen Zungenbeinbänder durchschnitten waren, durch die an den Verband befestigte Naht die Epiglottis offen hielt und Aphyxie durch Zurücksinken der Zunge verhütete. LEFFERTS.

17) **Thomas R. French. Ueber die Anwendung der aufrechten Haltung bei Operationen an Nase, Hals und Ohr mit Aethernarkose. (On the employment of the upright position in Ether operations upon the nose throat and ear.)** *N. Y. Medical Journal. 13. October 1900.*

Die Gründe dafür fasst Verf. folgendermassen zusammen:

1. Die sehr beträchtliche Verminderung des Blutverlustes.

2. Verminderte Gefahr von Ohrcomplicationen bei vollständiger Drainage des Nasopharynx.

3. Die Leichtigkeit, Gründlichkeit und Genauigkeit mit der sich die Operation in der kürzesten Zeit ausführen lässt. LEFFERTS.

18) **E. Payne Palmer. Athemstillstand in der Chloroformnarkose infolge eines Fremdkörpers im Larynx. (Cessation of respiration during chloroform anaesthesia due to chewing-gum in the Larynx.)** *N. Y. Medical Journal. 1. December 1900.*

Während der Operation stand plötzlich die Athmung still. Sylvester's künstliche Athemmethode versagte. Verf. fasste die Zunge und begann sie rhythmisch hervorzuziehen, untersuchte schnell den Pharynx, und fand zu seiner Ueberraschung einen Fremdkörper, der aus dem Larynx hervorragte. Er zog die Zunge so weit als möglich nach vorne, führte den rechten Zeige- und Mittelfinger ein und entfernte ein Stück Kaugummi, das 2 Zoll lang, $^1/_4$ Zoll dick und $^1/_2$ Zoll breit war. Sofort nach dessen Beseitigung wurde die künstliche Respiration und rythmisches Vorziehen der Zunge wieder aufgenommen, wobei die Athmung zurückkehrte, Patient war bald ausser Gefahr, und die Operation konnte zu Ende geführt werden. LEFFERTS.

19) **R. Kayser** (Breslau). **Eine Tamponpincette.** *Klin. therapeut. Wochenschrift. 1900. No. 46.*

Der Tamponformer soll den Zweck haben, dass bei Herstellung eines be-

liebigen Tampons nicht direkt die Finger mit demselben in Berührung kommen. — Derselbe wird bei Georg Härtel in Breslau, Albrechtstrasse 37 hergestellt und kostet 2 Mark.

CHIARI.

b. Nase und Nasenrachenraum.

20) **Albert Sundholm** (Helsingfors). **Beitrag zur Kenntniss der Knochencysten in der mittleren Nasenmuschel. (Bidrag til kännedomen om benkysterne näsans mellersta mussla.)** *Finska Läkaresällskapets Handlingar. Bd. XLII. December 1900.*

Die Arbeit ist auch ins Deutsche übersetzt veröffentlicht, vide: Arch. f. Laryngologie. Bd. XI. 1901. S. 382.

SCHMIEGELOW.

21) **L. Polyak. Bemerkungen zu Barrago Ciarella's Mittheilung (Bd. X. H. 3 dieses Archivs): „Ueber den nicht seltenen Befund von Blastomyceten bei Schleimpolypen der Nase."** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XI. H. 2. S. 346. 1900.*

P. weist nach, dass die von Ciarella gesehenen „Blastomyceten" identisch mit den vielfach beschriebenen und eingehend studirten hyalin degenerirten Zellen („hyalinen Kugeln", „Fuchsinkörperchen") sind. C. hat weder für ihre Natur als Blastomyceten, noch dafür einen Beweis erbracht, dass ihr Vorkommen überhaupt in einem inneren (ätiologischen oder pathologischen) Zusammenhange mit den Polypen, in denen sie gefunden wurden, steht.

F. KLEMPERER.

22) **Trenkner** (Sondersleben). **Beitrag zur Histologie und Aetiologie der „blutenden Septumpolypen".** *Dissert. Erlangen. 1899.*

Eine 37jährige Frau bemerkte im 6. Monat der Gravidität das Auftreten einer Geschwulst in der rechten Nase. Die Geschwulst sass mit breiter, nur leicht geschnürter Basis am vorderen unteren Ende des Septum cartilagineum. Abtragung mit der kalten Schlinge und Aetzung der Ansatzstelle mit dem Galvanokauter. Nach 2 Jahren zur gleichen Zeit der Gravidität ein Recidiv an derselben Stelle dasselbe wiederholte sich im folgenden Jahre bei der dritten Schwangerschaft.

SEIFERT.

23) **L. Rethi. Nasenpolyp. (Nasal Polypus.)** *N. Y. Medical Record. 10. November 1900.*

Verf. berichtet von einem Fall, in welchem ein Nasenpolyp von beträchtlicher Grösse die Nase erheblich durch intranasalen Druck erweitert hatte. Dieses Resultat ist zwar bei verschiedenen Nasentumoren häufig genug, jedoch bei gewöhnlichen Polypen immerhin recht selten. Der Polyp war in vorliegendem Fall 4 Zoll lang, birnförmig und hatte an der Stelle des grössten Durchmessers etwa 4 Zoll Umfang. Beim ersten Anblick schien er ein vielfach gefurchtes Fibrom mit ulcerirten, sowie hämorrhagischen Stellen darzustellen. Die mikroskopische Untersuchung ergab Zellgewebe in ödematöser Umgebung mit vereinzelten fibrösen Gewebszügen.

LEFFERTS.

24) **Treitel** (Berlin). **Ein Fall von Nasenerweiterung.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 52. 1900.*

Hochgradig verbreiterte Nase (bis zur Hälfte der ganzen Gesichtsbreite), knorplige Nase unbetheiligt, macht den Eindruck eines Appendix. Nasenlöcher mit Polypen vollgepfropft. Auf Empyeme von Nebenhöhlen ist noch genauer zu untersuchen. Vortragender glaubt, dass früh auftretende Nasenpolypen z. Zt. der Wachsthumsperiode des Schädels einen abnormen Wachsthumsantrieb für das Nasengerüst gesetzt hätten. (Ref. hat am 24. Oct. 1893 einen ganz ähnlichen Fall im Hamb. ärztl. Verein vorgestellt, der freilich mit combinirten Nebenhöhlenempyemen einherging, und über die Entstehung der Auftreibung ganz ähnliche Vermuthungen ausgesprochen. Vgl. Deutsche med. W. 1893 und dieses Centralbl. Bd. X. S. 498.)

ZARNIKO.

25) **Herm. Cordes. Ueber die Hyperplasie, die polypöse Degeneration der mittleren Muschel, die Nasenpolypen und ihre Beziehungen zum knöchernen Theile des Siebbeins.** *Fraenkel's Archiv für Laryngologie. Bd. XI. H. 2. S. 280. 1900.*

Eine sehr fleissige, auf ein grosses, gut beobachtetes Krankenmaterial und sehr eingehende mikroskopische Untersuchungen basirte Studie, die im Original studirt zu werden verdient. — Die Schlusssätze, in denen der Verf. seine Resultate zusammenfasst, sind folgende:

„Die Hyperplasie, die polypöse Degeneration, manche Fälle von Polypenbildung der Nasenschleimhaut werden durch denselben entzündlichen Process der Schleimhaut hervorgerufen. Die letzteren Erkrankungen stellen nur eine andere Erscheinungsform desselben Entzündungsprocesses dar, der eben in manchen Fällen zu seröser Exsudation führt.

Die entzündlichen Erkrankungen der Schleimhaut führen zu Hyperplasie des Knochens in Folge vermehrter Blutzufuhr zu demselben.

Die sogenannten Schleimpolypen sind Produkte eines entzündlichen, serösen Exsudates der Schleimhaut.

Bei Polypenbildung ist die Entzündung in einfachen Fällen in der Schleimhaut allein, bei multipler und recidivirender Polypenbildung jedoch immer auch im Knochen localisirt.

Am Knochen findet sich einfache Infiltration des Periostes und des Markgewebes, meist aber chronisch proliferirende Periostitis und Ostitis osteoplastica.

Die Knochenaffection kann entweder, wie auch an anderen Knochen, durch Infection primär im Knochen beginnen (Typhus, Scarlatina, Influenza, acute Exantheme) oder sich von der Schleimhaut der Nase oder der Nasennebenhöhlen auf den Knochen fortpflanzen.

Für den Verlauf der Krankheit und die Therapie ist der Sitz des Processes von grösster Bedeutung.

Ist nur die Schleimhaut erkrankt, so genügt für die Herbeiführung einer Heilung die Entfernung der Polypen und der erkrankten Schleimhaut.

Ist der Sitz der Entzündung auch im Knochen, so muss das Siebbein, soweit es erkrankt ist, entfernt werden. Eine Erkrankung des Knochens ist anzunehmen,

wenn nach energischer Fortnahme des Polypen und der Schleimhaut immer wieder Recidive auftreten.

Der Knochenprocess kann in vereinzelten, besonders alten Fällen spontan zur Ausheilung kommen, während das Produkt der Entzündung, der Schleimhaut-polyp, noch fortbesteht und sich nicht zurückbildet. Das sind dann die Fälle, in denen bei multipler Polypenbildung bei einfacher Entfernung derselben kein Recidiv auftritt.

Die Polypen sind nicht pathognomonisch für Empyeme der Nebenhöhlen, da sie häufiger aus anderen Ursachen entstehen.

Die Empyeme sind aber oft durch Fortleitung der Entzündung auf den Knochen Ursache der Polypenbildung". F. KLEMPERER.

26) **J. D. Ely. Die Behandlung des Nasenkatarrhs; Fibroid und Schleimpolypen. (The treatment of nasal catarrh; fibroid and mucus Polypi.)** *Toledo Med. and Surg. Reporter. Juli 1900.*

Eine unglaubliche, lächerliche Arbeit, die nur der Reklame für ein Präparat des Verf. dient. EMIL MAYER.

27) **P. G. Goldsmith. Sarkom der rechten Nasenhöhle. (Sarcoma of the right nasal fossa.)** *N. Y. Medical News. 22. September 1900.*

Pat. war ein 38jähriger Farmer mit belangloser Anamnese. LEFFERTS.

28) **Th. v. Marschalkó** (Klausenburg). **Die Plasmazellen im Rhinoskleromgewebe.** *II. Theil und Schluss der Arbeit: „Zur Histologie des Rhinoskleroms" s. Bd. LIII. Heft 2—3 u. bezeichneten Archivs — Archiv für Dermatologie und Syphilis. Bd. LIV. 1900. S. 277—284.*

Die Plasmazellen haben auch beim Rhinoscleromgewebe dieselbe Rolle und Bedeutung wie bei anderen pathologischen Processen z. B. Carcinom, Sarcom, syphilitische Sclerose u. s. w. — Die unter dem Namen hyaline und colloide Zellen beschriebenen Formelemente des Rhinoscleroms sind nichts anderes als hyalin degenerirte Plasmazellen; die sogenannten Russel'schen oder Fuchsinkörperchen sind freigewordene hyaline Kugeln, also Zelldegenerationsproducte.

Specifische Elemente des Rhinoscleroms sind also nur ausser den Rhinosclerombacillen die Mikulicz'schen Zellen. CHIARI.

29) **Walter J. Freeman. Ein Rhinoskleromfall bei einem Russen in den Vereinigten Staaten. (A case of Rhinoskleroma occurring in a Russian in the United States.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Mai 1900.*

Die ersten Symptome stellten sich bei dem Kranken in Amerika ein. Verf. constatirt, dass es niemals bei einem in den vereinigten Staaten lebenden Eingeborenen vorkommt. (Diese letzte Behauptung kann Ref. nicht anerkennen, da er selbst bei einer in den Vereinigten Staaten geborenen Person Rhinosclerom beobachtet hat.) EMIL MAYER.

30) **Louis Dor** (Lyon). **Rhinosklerom beim Menschen und die „Schnüffelkrankheit" beim Schweine. (Rhinosklérome chez l'homme et „maladie du reniflement chez le porc".)** *Lyon médical. 7. August 1900.*

An der Hand von 2 Fällen von Rhinosclerom, die in der Abtheilung von

Prof. Poncet beobachtet wurden, beschreibt Verf. das allgemeine Bild dieser Erkrankung. Eine derartige Beschreibung von Zeit zu Zeit ist in Frankreich, wo das Rhinosclerom selten und fast unbekannt ist, ganz nützlich.

Verf. stellt mit dem Rhinosclerom eine Erkrankung zusammen, welche die Thierärzte bei dem Schwein als „Schnüffelkrankheit" beschreiben. Sie charakterisirt sich, ebenso wie das Rhinosclerom beim Menschen, durch eine harte ödematöse Infiltration der oberen Athemwege.

D. fordert die Thierärzte auf, bei dieser Erkrankung nach dem Bacillus von Frisch zu suchen, und fragt sich, ob man nicht in manchen Fällen die Berührung mit erkrankten Schweinen als Ausgangspunkt für das Rhinosclerom beim Menschen ansehen könne.

PAUL RAUGÉ.

31) **Wme. W. Pennell. Die Bedeutung eines gesunden Halses. (The value of a healthy throat.)** *Annals of Gynecology and Pediatry. Juli 1900.*

Verf. macht in diesem ausgezeichneten Aufsatz auf die Störungen, die durch hypertrophische Tonsillen oder lymphoide Tumoren verursacht werden, aufmerksam. Bezüglich dieser letzteren sagt er: das Kind wird apathisch, fasst schwer auf und hält keineswegs gleichen Schritt mit seinen Altersgenossen, weder körperlich noch geistig. Diese Wucherungen hemmen seine Entwickelung in Kindheit und jugendlichem Alter und manche daraus hervorgehenden Störungen verbleiben ihm auch später als dauerndes Erbtheil.

EMIL MAYER.

32) **Ch. Lenhardt** (Le Hâvre). **Die Anlage zu Adenoiden. (Le tempérament adénoidien.)** *Revue médicale de Normandie.*

Bei den sog. lymphatischen Kindern sind geschwollene Halslymphdrüsen oft nichts anderes als die Anzeige einer chronischen Infection der Pharynx, die Curettement verlangt oder wenigstens antiseptische Spülungen oder Einstäubungen.

Die Allgemeinbehandlung kommt erst in zweiter Linie in Betracht, wenn geeignete Localbehandlung nicht erfolgreich genug ist.

PAUL RAUGÉ

33) **Edward T. Dickermann. Hypertrophie der Pharynxtonsille. (Hypertrophy of the Pharyngeal Tonsil.)** *Journal American Association. 9. Juni 1900.*

Verf. bespricht die Hypertrophie der Pharynxtonsillen, die adenoiden Vegetationen, die Vergrösserung der dritten Tonsille. Eine Tabelle ist beigegeben, aus welcher folgende Thatsache zu entnehmen sind: 1. Derartige Fälle kommen in jedem Alter vor, von 6 Wochen an bis zu 43 Jahren, jedoch am häufigsten in der Kindheit. 40 pCt. werden bei Kindern zwischen 5 und 10 Jahren gefunden und 31 pCt. im Alter von 10—15 Jahren. 2. Das Geschlecht spielt nur eine unbedeutende Rolle, obwohl das weibliche dabei etwas überwiegt. 3. Es sind 431 Mundathmer darunter, 74, die nur bei Nacht durch den Mund athmen, 21, die frei durch die Nase athmen. 4. In 78 Fällen bestand lymphatische Anlage, die sich in pathologischer Vergrösserung der Rachentonsillen kundgab. 5. Eine wichtige, auffallende Thatsache ist, dass ein grosser Procentsatz, 72 pCt., mit Ohrcomplicationen behaftet sind oder waren. 6. Die Blutungen waren niemals

beängstigend und nur in einem Falle trat eine Nachblutung ein. 7. Ein Recidiv trat in Fällen, wo die Operation unter Narkose ausgeführt wurde, nur 2 mal auf, aber in Fällen, wo ohne Narkose operirt wurde, war in 14 Fällen eine Nachoperation nöthig und die Resultate waren auch in den nicht narkotisirten Fällen nicht immer so zufriedenstellend. 8. In 304 Fällen wurde Narkose vorgenommen, und zwar 201 Chloroformnarkosen, 64 Aethernarkosen, 34 Bromäthylnarkosen, 5 Stickoxydulnarkosen. 9. Verf. bevorzugt im Allgemeinen trotz des gewöhnlich unvermeidlichen Erbrechens eine richtig geleitete Chloroformnarkose, wenn auch in manchen Fällen Aether ganz zweckmässig sein mag.

EMIL MAYER.

34) **C. M. Capps. Adenoide Wucherungen im Nasenrachenraum. (Adenoid growths in the vault of the pharynx.)** *Southern Pratitioner. Juli 1900.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

35) **Jonathan Wright. Bemerkungen über Aetiologie und Pathologie der Adenoiden. (Adenoids: Remarks on the pathology and aetiology.)** *Brooklyn Medical Journal. Jnli 1900. N. Y. Medical Journal. 26. August 1900.*

Verf. betont, dass bei der Rückbildung von lymphoidem Gewebe, mag es operativ behandelt sein oder nicht, zwar häufig eine glatte Oberfläche, aber ein Stroma selbst fibröser Gewebe zurückbleibt, eventuell auch mit gleichzeitiger Degeneration des Oberflächenepithels; dadurch werden die Gefässe und das Drüsengewebe im Rachen beeinträchtigt und postnasaler Katarrh verursacht. Eine andere Folgeerscheinung ist Tornwaldt's Krankheit als Ursache entzündlicher Verklebungen der lymphoiden Falten der Pharynxtonsillen untereinander, wodurch geschlossene Hohlräume entstehen, die fälschlicherweise Cysten genannt werden. Unter die ätiologischen Factoren bei gesund erscheinenden Kindern rechnet Verf.: „zu viel Süssigkeiten für den Magen, zu warme Kleidung und Verweichlichung in dampfgeheizten Räumen". Verf. betrachtet die Ansicht als irrig, dass die hohe Gaumenwölbung die gewöhnliche oder regelmässige Folge von Verstopfung der Nase sei.

LEFFERTS.

36) **Nowal H. Pierce. Hypertrophie der Pharynxtonsillen. Ihre Anatomie und Physiologie. (Hypertrophie of pharyngeal tonsil. Its anatomy and physiology.)** *Journal American Medical Association. 3. November 1900. Laryngoscope. August 1900.*

Die Hyperplasie wird am häufigsten verursacht durch wiederholte acute Entzündungen sowohl durch Streptokokkeninfection als auch durch die verschiedenen Arten lacunärer Entzündung. Infectionskrankheiten sind oft die Veranlassung davon. Die Frage ihrer Abhängigkeit von Tuberculose ist noch unentschieden.

EMIL MAYER.

37) **A. M. Corwin. Aetiologie und Prognose der adenoiden Wucherungen. (Etiology and prognosis of adenoids.)** *Journal American Medical Association. 10. November 1900. Laryngoscope. August 1900.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

38) **George Morgenthau. Symptome und Diagnose der Hypertrophie der Pharynxtonsillen. (Symptoms and diagnosis of hypertrophy of the pharyngeal tonsil.)** *Laryngoscope. August 1900. Journal American Medical Association. 17. November 1900.*

Die Differentialdiagnose ist in der grossen Majorität der Fälle klar, denn retropharyngeale Neubildungen und in den Nasenrachenraum hineinwuchernde Tumoren sind bei Personen im Alter von 5—15 Jahren, in dem die adenoiden Wucherungen gewöhnlich ihre Störungen verursachen, sehr selten. Durch Palpation kann man im Allgemeinen am narkotisirten Patienten entscheiden, ob uncomplicirte adenoide Vegetationen vorliegen oder aber nasopharyngeales Sarkom, Fibrosarkom oder ungewöhnlich prominente, retropharyngeale Lymphdrüsen. Mikroskopische Untersuchung kann nöthig werden zur Unterscheidung, ob die Tonsillen bösartig oder tuberculös erkrankt sind. EMIL MAYER.

39) **Charles W. Richardson. Pathologie der adenoiden Vegetationen. (Pathology of adenoid growths.)** *Laryngoscope. November 1900.*

Die Beobachtungen an 1000 Fällen erweisen, dass 5 pCt. ausgesprochene Zeichen von Tuberculose an sich tragen; dieselbe giebt sich in Hyperplasie kund, die nach Verf.'s Meinung auf ernster pathologischer Ursache beruht.

EMIL MAYER.

40) **Friedrich Wex. Beiträge zur normalen und pathologischen Histologie der Pharynxtonsillen. (Contributions to the normal and pathological histology of the pharyngeal tonsil.)** *Archives of Otology. 1. December 1900.*

Die mikroskopischen Befunde postnasaler Hyperplasieen werden ausführlich mitgetheilt und in 210 untersuchten Fällen 7 mal (= 3,3 pCt.) Tuberculose gefunden. Alle anderen Autoren finden 6,7 pCt. Tuberculose, eine Differenz, die durch die verhältnissmässige Seltenheit der Tuberculose unter der Bevölkerung der vom Verf. bewohnten Gegend erklärt wird. EMIL MAYER.

41) **H. Arrowsmith. Symptomatologie und Einfluss der adenoiden Wucherungen auf das Allgemeinsystem. (Symptomatology and effects of the adenoidson the general System.)** *Brooklyn Med. Journal. Juli 1900.*

Die Beziehungen zwischen Lymphoidtumoren und allgemeiner Tuberculose hält Verf. noch nicht für zweifellos. Im Uebrigen bespricht er in der Arbeit den Einfluss der Adenoiden auf den Allgemeinzustand. EMIL MAYER.

42) **M. Rivière. Scrophulose und adenoide Vegetationen. (Scrofula and adenoid vegetations.)** *O. Y. Medical Journal. 22. December 1900.*

Verf. steht auf dem Standpunkt, dass das Wort „Scrophulose" nichts Abgrenzbares bezeichnet und dass die sog. scrophulöse Diathese noch existirt. Er glaubt, dass adenoide Vegetationen, die keine Metastasen bilden und nicht von tuberculösen Erscheinungen begleitet sind, einfache Wucherungen und nichts anderes darstellen. Antiscrophulöse Behandlung verhütet seiner Ansicht nach Recidive der Vegetationen und soll zur Sicherheit immer eingeleitet werden.

LEFFERTS.

43) **E. F. Potter. Persistente adenoide Vegetationen bei einer Frau in mittlerem Alter. (A case of persistent Adenoids in a middle-aged woman.)** *Brit. Med. Journal. 5. Jani 1900. N. Y. Medical Record. 23. Juni 1900.*

Verf. berichtet von einem typischen Fall von chronischer Mundathmung bei verschlechtertem Gehör. Der Nasenrachenraum war mit einer grossen Masse ausgefüllt, die die obere Hälfte des Septums bedeckte und sich in der die Tuben verbindenden Wölbung ausdehnte. Die Masse war einigermaassen sarkomähnlich, erwies sich aber bei der mikroskopischen Untersuchung nach Entfernung in der Narkose als Adenoid mit einigen entzündlichen Herden. Das Alter (47 Jahre) des Patienten erreicht zwar nicht dasjenige des Solis-Cohen'schen Falles, ist aber noch aussergewöhnlich genug für eine derartige Anomalie, um den Fall besonders mittheilenswerth zu machen.

LEFFERTS

44) **Mc. Klown. Erklärung der Symptome von sog. unvollkommener Lüftung bei postnasalen Adenoiden. (Explanation of so-called imperfect aeration symptoms of post-nasal Adenoids.)** *N. Y. Medical Record. 1. September, 13. October 1900.*

Kopfschmerzen, schlechtes Gedächtniss, verkümmertes Wachsthum etc. werden gewöhnlich auf die unvollkommene Lüftung des Blutes bezogen; Verf. ist jedoch der Ansicht, dass diese Erklärung nicht zutrifft und bringt dafür seine Gründe bei. Oft sind die Wucherungen viel zu klein, um eine hinreichende Verstopfung zu verursachen. Da während des Schlafens der Mund offen steht, muss der Luftzutritt reichlich sein. Die Symptome bessern sich in der Regel unmittelbar nach der Operation. Verf. verbreitet sich über die anatomische Beziehung der Wucherungen zu der Keilbeinhöhle und anderen Nebenhöhlen und hebt hervor, dass die Kopfschmerzen in der Regel nicht durch die unvollkommene Lüftung des Blutes verursacht werden. Diese Betrachtungen veranlassen ihn, nach einer anderen Erklärung zu suchen und er glaubt dieselbe in Reflexwirkungen zu finden.

LEFFERTS.

45) **A. Goldschmidt. Einfluss der Entfernung adenoider Wucherungen auf Krankheiten. (The influenze upon disease of the removal of adenoids.)** *N. Y. Medical Journal. 29. September 1900.*

Verf. empfiehlt die Entfernung adenoider Wucherungen bei Kindern und sagt, dass durch die Operation viele Folgeerkrankungen vermieden werden. Hierher gehören z. B. Taubheit, katarrhalische Conjunctivitis, Asthenopie, Accomodationsstörungen, Pharyngitis, Laryngitis, Pseudocroup, Larynxspasmen, Kopfschmerzen, Chorea, Asthma, Enuresis nocturna u. s. w. Die einzigen Contraindicationen der Operation sind Hämophilie, erkennbare arterielle Anomalien und acute Entzündungen der oberen Luftwege.

LEFFERTS.

46) **William C. Braislin. Einfluss der adenoiden Wucherungen auf das Ohr. (Effects of Adenoids on the ear.)** *Brooklyn Medical Journal. Juli 1900. N. Y. Medical Journal. 26. August 1900.*

Ohrerkrankungen sind fast stete Begleiter der Adenoiden. Die ersten Sym-

ptome sind dabei gewöhnlich Schmerz und Ausfluss aus dem Ohr mit Verschlechterung des Hörvermögens. Diese Störungen haben Neigung zum Chronischwerden.

EMIL MAYER.

47) Mc. Klown. **Wirkung der Entfernung postnasaler adenoider Wucherungen auf das Gehör. Modificirte Operation. (Auditory results of the removal of postnasal adenoids; modified operation.)** *N. Y. Medical Journal. 22. September 1900.*

Im Gegensatz zu der gewöhnlichen Auffassung betont Verf., dass sich das Gehör bei einer grossen Zahl von Fällen unmittelbar nach der Operation der Adenoiden erheblich bessert, und zwar derartig, dass sich das unmittelbare Resultat von dem endgültigen nicht viel unterscheidet. Verf. empfiehlt den Fingernagel als Curette zu gebrauchen, besonders zur Entfernung des lymphoiden Gewebes aus der Rosenmüller'schen Grube. Wenn dabei die Curette angewandt wird, entsteht leicht eine fehlerhafte Vernarbung mit folgender dauernder Taubheit. Recidive der lymphoiden Wucherungen sind heilbar, falsche Vernarbung dagegen nicht mehr.

LEFFERTS.

48) Fayette C. Ewing. **Ein Fall von Ohreiterung von mehr als 20jähriger Dauer mit drohender Geistesstörung und Heilung durch Entfernung der Adenoide. (A case of suppurating ears of more than 20 years' duration with impending insanity cured by the removal of adenoids.)** *Interstate Medical Journal. October 1900.*

Die Umstände, die den Fall sehr eigenartig gestalten, sind das Alter des Patienten (34 Jahre), die lange Dauer der Eiterung, die vollständige Verlegung der Ohrtrompeten und des postnasalen Raumes durch die Adenoiden, sowie ihre schweren Folgen für Körper und Geist und endlich die vollständige Heilung der Eiterung durch Beseitigung ihrer Ursache.

EMIL MAYER.

49) Macleod Yearsley. **Entfernung der Adenoiden in allen Fällen von Taubstummheit. (The removal of adenoids in every case of deafmutism.)** *N. Y. Medical Journal. 10. November 1900.*

Verf. befürwortet die Entfernung der Adenoiden in jedem Fall von Taubstummheit. Zur Rechtfertigung dieser etwas übertriebenen Vorstellung führt er folgende Schlussfolgerungen an:

1. In Fällen erworbener Taubstummheit infolge primärer Ohrerkrankungen giebt ihre Entfernung wenn auch keinen bemerkenswerthen Vortheil für das Ohrleiden, so doch günstigere Bedingungen für die weitere Behandlung. In vielen Fällen, wo das Gehör unter dem Einfluss von Erkrankungen im Anschluss an Adenoide steht, z. B. bei Kindern, die durch nicht eitrigen Mittelohrkatarrh schwerhörig geworden sind und deshalb nicht im Stande sind sprechen zu lernen, ist mit der Entfernung der Adenoiden gleichzeitig diese Schwierigkeit gehoben.

2. In Fällen, in denen schwere exanthematische Panotitis besteht oder das Labyrinth durch acute Infectionskrankheit ergriffen oder gar zerstört ist ohne weitere Betheiligung der Paukenhöhle und ihres Inhalts, bewirkt die Entfernung etwa vorhandener Adenoide eine Besserung des allgemeinen Gesundheitszustandes,

der Nasenathmung und somit auch des geistigen Zustandes und schafft auf diese Weise günstigere Bedingungen für den Unterricht durch Lippenlesen, als wenn die Wucherungen belassen werden.

3. In Fällen von congenitaler Taubstummheit, infolge mangelhafter Entwickelung des Nervensystems, sei es der centralen, peripheren oder verbindenden Bahnen, sollte die Entfernung der etwa vorhandenen Adenoide aus denselben Gründen wie bei der zweiten Schlussfolgerung befürwortet werden. LEFFERTS.

50) **Leidi. Das Symptomenbild der adenoiden Vegetationen, studirt an einer Serie von 100 operirten Fällen. (La sindrome adenoidea studiate su 100 casi operati in serie.)** *Gazett. degli Ospedal. e delle cliniche. 23. December 1900.*

Unter den in seiner Genueser Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke behandelten Patienten beträgt der Procentsatz der an adenoiden Vegetationen leidenden 22,4 pCt. Von denjenigen Kranken, die hauptsächlich wegen Beschwerden von Seiten des Gehörorgans das Ambulatorium aufsuchten, hatten 25,3 pCt. Vegetationen im Nasenrachenraum. Verf. glaubt aus den an seinem Material gemachten Beobachtungen einen Zusammenhang zwischen Adenoiden und Diphtherie in dem Sinne herleiten zu können, dass ganz besonders diejenigen Individuen Wucherungen aufweisen, die in in ihren ersten Lebensjahren an Diphtherie erkrankt waren. FINDER.

51) **Thomas R. French. Behandlung der lymphoiden Geschwülste im Rachengewölbe. (The treatment of lymphoid growths in the vault of the pharynx.)** *N. Y. Medical Journal. 26. August 1900.*

Verf. erläutert die Frage in 4 Capiteln: 1. Antisepsis. 2. Narkose. 3. Blutungen. 4. Der Entwickelungsgrad der adenoiden Wucherungen, der Entfernung verlangt. Er zieht folgende 3 Schlussfolgerungen: 1. Lymphoide Wucherungen sollen nicht deshalb unberührt bleiben, weil sie zu klein sind. Sie können minimal sein und trotzdem erhebliche Störungen verursachen, besonders für das Gehörorgan. Wenn Hypersecretion oder Symptome von Seiten der Ohren bestehen, müssen selbst die kleinsten Tumoren entfernt werden. 2. Der Patient soll lange genug unter Beobachtung gehalten werden, damit man feststellen kann, ob er sich wieder leicht die Athmung bei geschlossenem Mund zu eigen macht; ist dies nicht der Fall, so soll ihm ein Apparat angelegt werden, der den Mund während des Schlafens verschliesst. 3. Die Gewohnheit der meisten Kinder mit Adenoiden, die Nahrung schnell zu verschlingen, um die Luftwege wieder frei zu haben, soll bekämpft werden; denn die Fortdauer dieser Angewohnheit beeinträchtigt in erheblichem Grade die guten Resultate, welche durch die Operation und sorgfältige Wundbehandlung erhalten werden. LEFFERTS.

52) **L. T. Lautenbach. Entfernung der dritten Tonsille. (Removal of third tonsil.)** *N. Y. Medical News. 29. September 1900.*

Die Anwendung von Chloroform oder Aether in derartigen Fällen ist besonders gewagt wegen des geschwächten Allgemeinzustandes der Patienten, und viele publicirte und nicht publicirte Todesfälle sind darauf zurückzuführen. Ent-

fernung durch Instrumente, einerlei welcher Form, ist immer unvollständig, weil man unmöglich fühlen kann, ob alles Gewebe beseitigt worden ist; deshalb sind Recidive gewöhnlich. L. bevorzugt das Curettiren mit dem Fingernagel; der künstliche Fingernagel, den er angegeben hat, dient zur Entfernung sehr resistenter Wucherungen. Auf diese Weise geht die Operation sehr schnell, dauert höchstens 10—20 Secunden, ist sicher, gründlich, kann am sitzenden Patienten ausgeführt werden, verlangt keine Instrumente, verursacht weder Schmerz noch Shock oder Schreck und ist gänzlich gefahrlos.

LEFFERTS.

53) **Iving, E. Kimball. Adenoide und Blutungen. (Adenoids from the stand point of hemorrhage.)** *Laryngoscope. November 1900.*

Verf. kommt zum Schluss, dass Blutungen vermieden werden können durch:

1. Gründlichkeit in der operativen Entfernung und Sorgfalt in der Technik.
2. Zweckmässige Wahl der Instrumente zur sicheren und wirksamen Ausführung der Operation.
3. Vermeidung der Operation bei hämorrhagischer Diathese.
4. Gewissenhafte Ueberwachung des Patienten, bis die Gefahr der Hämorrhagie vorüber ist.

EMIL MAYER.

54) **Otto Freer. Die Behandlung der adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraum. (The treatment of adenoid vegetations of the nasopharynx.)** *Laryngoscope. August 1900. American Medical Association. 24. November 1900.*

Hinsichtlich der Frage, ob zur Entfernung der Adenoide Narkose angewandt werden müsse oder nicht, ist Verf. der Ansicht, dass zwar eine Anzahl von Adenoiden begrenzter Ausdehnung auch ohne solche erfolgreich operirt werden kann, dass aber zur Garantie einer gründlichen Entfernung der hypertrophischen Rachenmandeln die Narkose unumgänglich sei.

Verf. empfiehlt die Anwendung der Löwenberg'schen Zange und giebt eine genaue Beschreibung der von ihm geübten Operationsmethode.

EMIL MAYER.

55) **J. H. Halsted. Narkose bei Kindern mit Adenoiden, sowie bei der Operation der Adenoide mit besonderer Berücksichtigung der Gefahren des Chloroforms für Kinder mit lymphatischer Diathese. (Anaesthesia in children with adenoids, and in the adenoid operation, with special reference to the dangers of chloroform in children of the lymphatic diathese.)** *Philadelphia Medical Journal. 5. November 1900.*

Verf. zieht folgende Schlussfolgerungen aus seinen Beobachtungen:

1. Kinder mit Adenoiden bieten zwei verschiedene Zustände dar, einmal die lymphatische Diathese, die sich local im Nasopharynx manifestirt, sowie die constitutionellen und localen Wirkungen der Mundathmung.

2. Die Adenoidoperation bei Kindern unter 12 Jahren ohne Narkose ist in der Regel zu verwerfen, weil sonst eine gründliche Entfernung der Wucherungen nicht möglich ist, weil sie ferner sehr schmerzhaft ist, und Schmerz sowie Blutverlust einen derartigen Shock hervorrufen können, dass ein sensibles Kind eine irreparable Schädigung seines Nervensystems davontragen kann.

3. Bei der Entfernung der Adenoide ist die Aethernarkose unverhältnissmässig viel gefahrloser als die Chloroformnarkose und für den Patienten bei geschickter Application kaum unangenehmer; deshalb ist der Aether in der Mehrzahl der Fälle als bestes Anaestheticum zu betrachten.

Verf. erwähnt nicht, was man älteren Kindern bei der Adenoidoperation geben soll. Hier wird gar kein Narcoticum verlangt und doch ist eine vollständige Entfernung ohne das kaum möglich. (Ref.) EMIL MAYER.

56) **W. A. Martin. Von vorn nach hinten curettirende Zange zur Entfernung von Adenoiden. (Antero-posterior curette-forceps for removal of adenoids.)** *Laryngoscope. August 1900.*

Das Instrument wirkt wie die Gottstein'sche Curette mit dem Vortheil, dass infolge der zwei gegenüberstehenden Löffel nichts zurückgelassen werden kann. Ausserdem hat es vor der Curette den Vorzug, dass es in situ nach verschiedenen Richtungen geöffnet und geschlossen werden kann, und vor den verschiedenen seitlichen Zangenformen, dass es leichter eingeführt werden kann und Septum oder Muscheln nicht verletzt. Verf. hat es in einer Anzahl von Fällen mit sehr zufriedenstellendem Erfolge angewandt. EMIL MAYER.

57) **Chevalier Jackson. Eine Adenoid-Curette. (An adenoid curette.)** *Laryngoscope. December 1900.*

Der Grund zur Demonstration der Curette ist eine daran angebrachte Feder, die das losgelöste adenoide Gewebe fassen soll. EMIL MAYER.

58) **Royet** (Lyon). **Discisor der Rachenmandel. (Disciseur de l'amygdale pharyngée.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 19. December 1900.*

Verf. demonstrirt ein Instrument, mit dem man die Rachenmandel von der Nase aus entfernen kann. Es besteht aus einem 15 cm langen vernickelten Eisenstiel, der 2 mm dick ist und an seinen beiden Enden je einen halzirkelförmigen Haken von 1 cm Durchmesser trägt; der eine Haken ist stumpf, der andere scharf.

Das Instrument wird nach Cocainisirung wie eine Itard'sche Sonde eingeführt, hakt die Rachenmandel an und reisst sie beim Zurückziehen des Stieles ab.

R. bevorzugt den stumpfen Haken zur Vermeidung von manchmal sogar recht beträchtlichen Hämorrhagien in der Rosenmüller'schen Grube.

Garel verwirft die Discision durch schneidende Instrumente sowohl bei der Rachen- wie der Gaumenmandel, weil man dabei der Infection Eingangspforten schafft.

Er zieht dabei die vom Spiegel geleitete Cauterisation als einfacher und übersichtlicher vor.

Royet bevorzugt die Discision, weil die Cauterisation fehlerhafte Narbenbildungen mit sich bringt. PAUL RAUGÉ.

59) **W. B. Thompson. Plötzlicher Tod kurz nach einer wegen Adenoide ausgeführten Operation. (A case of sudden death shortly after operation for adenoids.)** *N. Y. Medical Record. 18. August 1900.*

Verf. operirte ein 12jähriges Kind an Adenoiden und vergrösserten Tonsillen

in Chloroformnarkose. Das Kind starb nach wenigen Minuten, nachdem Cyanose, schwacher Puls, erweiterte Pupillen und schwache Respiration eingetreten war. Die gebräuchlichen Excitantien, Tractionen der Zunge und schliesslich Tracheotomie wurden angewandt, aber ohne Erfolg, und trotz ungefähr $1^1/_2$ Stunden lang ausgedehnter künstlicher Athmung blieben Herztöne und Athmung erloschen. Der Tod wird auf Herzlähmung zurückgeführt.

LEFFERTS.

60) **Rivière** (Lyon). **Betrachtungen im Anschluss an 150 Operationen von Adenoiden. (Considérations tirées de 150 opérations pour tumeurs adenoïdes.)** *Société des Sciences médicales de Lyon. 11. Juli 1900.*

R. bedient sich der Curette. Hypertrophische Mandeln entfernt er mit dem Bistouri, mit dem Tonsillotom oder der galvanischen Schlinge.

An üblen Begleiterscheinungen sah er Hämorrhagien aus der Nase und eine Adeniditis.

Verf. betont den Einfluss der Heredität. Entwickelungshemmungen und Skoliose hat er nicht oft beobachtet.

PAUL RAUGÉ.

c. Mundrachenhöhle.

61) **F. Bezançon** u. **V. Griffon. Die durch Agglutination erwiesene Rolle des Pneumococcus bei acuter Angina. (Rôle du pneumocoque dans les angines aiguës décelé par la réaction agglutinante.)** *Société médicale des Hôpitaux. 19. October 1900.*

Der einfache Nachweis des Pneumococcus bei der Angina genügt nicht, um zu beweisen, dass dieser Microorganismus in der Genese der Erkrankung eine Rolle spielt, da er sich auch normalerweise im Munde gesunder Individuen vorfindet.

Anders dagegen die Agglutination, deren Auftreten aus deutlich auf die ursächliche Rolle des Pneumococcus bei der Angina hinweist.

PAUL RAUGÉ.

62) **Nardi. Klinischer Beitrag zur Aetiologie der Tonsillitis follicularis und der postoperativen Exsudate bei den Tonsillotomien. (Contributo clinico alla etiologia delle tonsilliti folliculari e degli essudati post-operativi nelle tonsillotomie.)** *Bollettino delle Malattie dell'orecchio etc. 2°. V. Mai 1901.*

Verf. hatte ein Kind, bei dem soeben eine Angina follicularis abgelaufen war, tonsillotomirt. Es trat ein croupöser Husten, ein gewisser Grad von Dyspnoe und Dysphonie auf, und da diese Symptome, die Verf. für den Ausdruck einer Diphtherie des Larynx hielt, nach einer Injection von Behring'schem Heilserum verschwanden, so folgert er rückschliessend, dass auch der fibrinöse postoperative Belag auf den Mandelstümpfen diphtherischer Natur war, obwohl die bakteriologische Untersuchung ein negatives Resultat gab. Auf Grund deren hält sich der Autor für berechtigt, einige Sätze aufzustellen, die die Bedeutung des Löffler'schen Bacillus für die Aetiologie der Angina follicularis und das Entstehen der postoperativen Beläge betonen.

FINDER.

63) **Henry Koplik. Acute katarrhalische lacunäre Angina beim Säugling. (Acute catarrhal lacunar amygdalitis in the nursing infant.)** *Abraham Jacobi Festschrift. 1900.*

Einfache Entzündung ohne specifische diphtheritische Erkrankung ist durchaus nichts Ungewöhnliches in sehr jugendlichem Alter. In 1284 Anginafällen, die Verf. bei Kindern unter 10 Jahren beobachtet hat, gehörten volle 25 pCt. hierher.

Das erste Symptom ist eine deutliche rothe Verfärbung der vorderen Gaumenbögen, der Uvula und der hinteren Rachenwand. Dann folgt eine Hervorwölbung der geschwollenen Tonsille, es treten kleine feine, gelblich-weisse Pünktchen auf; das sind Lacunen, die mit Entzündungsproducten erfüllt sind. Die Uvula kann entzündet sein, der weiche Gaumen weist punktförmige Röthung auf, die hintere Rachenwand ist geröthet und das normale lymphoide Gewebe geschwollen und roth.

Es wurden 17 Fälle bakteriologisch untersucht und in jedem Falle Streptokokken und Staphylokokken entweder getrennt oder zusammen gefunden. Die Seltenheit diphtheritischer Infection der Säuglinge ist bemerkenswerth.

Die Symptome sind erhöhte Temperatur, Schmerzen im Schlund, Diarrhoe und Drüsenschwellung. Verf. betont die Nothwendigkeit der Halsuntersuchung eines jeden Säuglings.

EMIL MAYER.

64) **Joseph H. Abraham. Acute Erkrankungen der Tonsillen und ihre Folgen. (Acute tonsillar diseases and their sequelae.)** *Journal American Medical Association. 21. Juli 1900.*

Verf. zieht aus seinen Beobachtungen folgende Schlüsse: 1. Alle acute Tonsillarerkrankungen sollten nicht als gleichgültig angesehen werden. 2. Acute lacunäre Angina ist eine Infectionskrankheit. 3. Alle Fälle von acuter lacunärer Angina sollten isolirt werden. 4. Wiederholte Erkrankungen acuter Angina indiciren partielle oder complete Entfernung der Tonsillen. 5. Sorgfältige systematische Untersuchung und Behandlung soll während und nach derartiger Erkrankung statthaben.

EMIL MAYER.

65) **Wendell C. Phillips. Drüsencomplicationen nach acuter folliculärer oder eitriger Angina bei gleichzeitiger Influenza. (Glandular complications of acute follicular and acute suppurative Amygdalitis when accompanied with grippe.)** *N. Y. Medical Journal. 4. August 1900.*

In manchen Fällen sind die oberflächlichen Cervicaldrüsen in Form entzündlicher resp. eitriger Complicationen betheiligt, in vielen Fällen die tiefen Cervicaldrüsen der Sitz entzündlicher Processe. Diese Complicationen kommen lediglich nach Influenza-Anginen vor. In der Hälfte der Fälle ging die entzündliche Schwellung in Eiterung über, in anderen Fällen kam es gar nicht zur Eiterung.

LEFFERTS.

66) **R. Kretz** (Wien). **Phlegmone des Processus vermiformis im Gefolge einer Angina tonsillaris.** *Wien. klin. Wochenschrift. 1900. No. 49.*

Entstanden durch Verschlucken des reichlichen und virulenten Bakterienmateriales und Infection des praedisponirten Wurmfortsatzes.

CHIARI.

67) **A. Bruck** (Berlin). **Purpura rheumatica und Angina.** *Berl. klin. Wochenschrift. 1900. No. 45.*

Ebenso wie Gelenk- und Muskelrheumatismus kann auch die Purpura rheumatica im Anschluss an eine acute Angina entstehen als Ausdruck einer pyogenen, metastasirenden Infection. Verf. führt zum Beleg dafür 4 Fälle aus seiner Beobachtung an. Vielleicht ist ähnlich wie die Tonsille in anderen Fällen das Mittelohr der primäre Infectionsherd.

ZARNIKO.

68) **Letulle. Ueber einen Fall von Angina Vincenti. (Sur un cas d'angine de Vincent.)** *Société médicale des Hôpitaux. 14. December 1900.*

Verf. hat einen Fall von Angina mit Bacillus fusiformis und Spirillen beobachtet bei gleichzeitig bestehender Stomatitis ulcero-membranosa.

Die Bacillen fanden sich im Gebiete der Stomatitis wie auf den Tonsillen.

Verf. schliesst daraus, dass die in Rede stehenden Bacillen für die Tonsillenerkrankung nicht specifisch sind.

Er hat weiter beobachtet, dass der Bacillus fusiformis von Vincent, im Gegensatz zu den Angaben des Autors, beweglich ist.

PAUL RAUGÉ.

69) **Jundell** u. **Fritz Svensson** (Stockholm). **Ein Fall von chronischer progredienter, durch den Diplococcus pneumoniae Fränkel verursachte Phlegmone im Anschluss an Angina.** *Nord. med. Archiv. 1901. Afd. I. Heft 1. No. 5.*

Die Verff. haben folgendes, sehr eigenthümliche Krankheitsbild beobachtet: Ein bisher ganz gesundes 20jähriges Weib erkrankt plötzlich mit Unwohlsein, Frieren, Kopfschmerzen und Schmerzen beim Schlucken. Nach wenigen Stunden Erstickungssymptome mit stridoröser Respiration wird die Schleimhaut des Rachens ödematös und ein starkes Oedem tritt an beiden Seiten des oberen Halses auf. Am folgenden Tage hört die Athemnoth auf, an der Rückseite der Uvula entsteht eine oberflächliche Nekrose oder Pseudomembran. Das Oedem am Halse verbreitet sich im Laufe von 3 Wochen nach mehreren Richtungen, schliesslich bis zum oberen Rand des Sternums. Dieses Oedem ist scharf begrenzt, hart und schmerzlos und die Haut darüber normal gefärbt. Erst nach 7 Wochen beginnt das Oedem abzunehmen und verschwindet vom Halse nach 2 Monaten. Vorher ist ein ähnliches Oedem am unteren Theil des Sternums aufgetreten; dieses bleibt ungefähr einen Monat unverändert, worauf sich dort ein kleiner Abscess zwischen Periost und Haut bildet; der Abscess wird incidirt, wonach auch das Oedem am Sternum rasch schwindet, 3 Monate nach Anfang der Krankheit.

Während der ersten 3 Wochen hatte die Patientin eine Febris continua mit Temperaturen zwischen 39—40°; später sinkt das Fieber allmälig unter Chininbehandlung, aber erst in der 10. Krankheitswoche wird die Patientin nach und nach afebril.

Von den inneren Organen ausser einer unbedeutenden Albuminurie nichts Bemerkenswerthes. Trotz des Fiebers ist das sonstige Allgemeinbefinden auffallend gut.

Mittelst Incision durch die Haut wurde die von dem Oedem ausfliessende serosanguinolente Flüssigkeit öfters bakteriologisch untersucht und sowohl durch

Culturversuche als Thierexperimente bewiesen, dass es sich um den Fränkel'schen Pneumococcus handelte.

Die Verff. glauben auch, dass es sich um eine Pneumococcus-Angina handelte, obschon directe Culturversuche in dieser Richtung von dem Pharynx aus nicht gemacht wurden. E. SCHMIEGELOW.

70) **Soerensen** (Kopenhagen). **Erfahrungen und Studien über Angina phlegmonosa.** *Therap. Monatsh. 1900.*

Bericht über 155 peritonsilläre Phlegmonen.

Die bakteriologische Untersuchung ergab zumeist Kokken, dann Streptokokken, Pneumoniekokken, Diphtheriebacillen und kurze Stäbchen.

Daran schliesst sich ein Bericht über einen Fall von diffuser Phlegmone mit letalem Ausgang. A. ROSENBERG.

71) **Notiz des Herausgebers. Gegen folliculäre Angina. (For follicular Amygdalitis.)** *N. Y. Medical Journal. 14. Juli 1900.*

Rp. Beechwood creosot gtt. VIII
Tinct. Myrrhae
Glycerini aa 60,0
Aquae 120,0.
MDS. Gurgelwasser. LEFFERTS.

72) **B. H. Detwiler. Behandlung der Angina. (A cure for tonsillitis.)** *Therapeutic Gazette. 15. Juli 1900.*

Jodtinctur und galvanische Elektricität werden empfohlen, da sie sich zweimal an der Person des Verf.'s selbst als sehr wirksam erwiesen.

Das Jod wird an dem positiven Pol applicirt, welcher gegen die Tonsille gepresst wird, während der negative Pol auf den Hals zu liegen kommt.

EMIL MAYER.

73) **Oppenheim. Acute folliculäre Angina bei Kindern. (Acuta follicular tonsillitis in children.)** *N. Y. Medical News. 28. Juli 1900.*

Man gebe Calomel oder salinische Abführmittel, lege einen Eisbeutel auf den Hals in der Tonsillargegend und bespraye den Hals innerlich mit einer Lösung von Wasserstoffsuperoxyd und Borsäure. Phenacetin und Salol aa 0,12 zweistündlich genommen bringt bald Erleichterung. Wenn eine rheumatische Veranlassung vorliegt, wird am besten Salol, Salophen oder ein ähnliches Mittel verordnet. Nahrung soll nur in kleinen Mengen gereicht werden und nur leicht verdauliche Speisen. LEFFERTS.

74) **T. A. Abraham. Angina. (Tonsillitis.)** *N. Y. Medical Record. 3. November 1900.*

Im Beginn einer acuten katarrhalischen Angina gebe man ein salinisches Laxans und bespraye oder bepinsele die Tonsillen stündlich mit:

Rp. Formalin 1,0—1,3
Kalii chlor. 4,0

Liq. ferri chlor. 4,0
Aquae menth. pip. q. s. ad 120,0

und verordne:

Rp. Chinin. hydrobromat. 0,06
Natrii benzoati 0,12
Salol 0,30.
M. f. caps. No. I.
S. Alle 3 Stunden eine Kapsel zu nehmen.

LEFFERTS.

d. Diphtheritis und Croup.

75) **Sokolow. Zur Epidemiologie der Diphtherie. (K epidemiologii difterita.)** *Dietsk. Med. 1900. p. 319.*

S. berichtet über seine Beobachtungen, die er während 3 Jahren in einem Hause mit sehr grosser Einwohnerzahl (1211 E. mit $1^1/_2$ C.-Faden Rauminhalt pro Seele) und nicht besonderen hygienischen Verhältnissen gemacht hat, und kommt zu dem Schlusse, dass die rigorösen Forderungen der Bakteriologie mit denen der practischen Medicin stark collidiren. Man sollte die letzteren nicht ausser Acht lassen.

P. HELLAT.

76) **Potechin. Zur Frage der Intubation und Trachootomie bei Larynxdiphtherie. (K woprosa ob intubatsii gortani i tracheotemii pri difterite gortani.)** *Dietsk. Med. 1900. p. 331.*

P. beobachtete auf 53 Intubationen 13 Todesfälle und auf 10 Tracheotomien 4 Todesfälle. Bei der Intubation sollen immer Instrumente für die Tracheotomie bereit liegen. Sie ist keine ganz leichte Operation, sogar für den Geübten.

P. HELLAT.

77) **Borchmann. Zur Frage von Nebenerscheinungen bei Injectionen von erwärmtem Serum. (K woprosu o pobotschnich jawlenijach pri wpriskiwanii podogrotoi antidifteriinoi siwerotki.)** *Dietsk. Med. 1900. p. 161.*

Auf 600 Injectionen wurde einmal Abscess beobachtet. Unter den 107 Fällen von Complicationen waren:

44,5 pCt Nesselfieber,
6,9 „ Erythema simpl.,
13,8 „ scharlachähnlicher Ausschlag,
13,8 „ masernähnlicher Ausschlag,
20,8 „ polymorphes Exanthem,
13,0 „ Schmerzhaftigkeit in den Füssen.

Niemals wurde eine für das Allgemeinbefinden bedeutungsvollere Complication verzeichnet.

P. HELLAT.

78) **W. B. Bell. Tracheotomie und Antitoxin bei Larynxdiphtherie. (Tracheotomie with Antitoxin in laryngeal Diphtheria.)** *Lancet. 8. September 1900.*

Es werden 3 Fälle mitgetheilt. In schwereren Fällen sollen 3000 Einheiten gegeben werden als Anfangsdose und sogar 8000 bei Erwachsenen.

ADOLPH BRONNER.

79) **Nicolas, Courmont** und **Prat. Die allgemeine polynucleäre Leukocytose bei der experimentellen Immunisation durch das Diphtherietoxin. (La leucocytose totale et polynucléaire dans l'immunisation experimentale par la toxine diphthérique.)** *Société de biologie. 10. September 1900.*

Die allgemeine oder polynucleäre Hyperleukocytose ist zur Erzielung der Immunität unnöthig.

PAUL RAUGÉ.

80) **Roud** (Lausanne). **217 Diphtheriefälle. Serumtherapie und Intubation. (217 cas de diphtérie. Serotherapie et intubation.)** *Dissertation von Lausanne. 1898. Lausanne bei Jannin.*

Verf. plädirt wegen der für die Tracheotomie oft schwierigen äusseren Umstände in der Praxis auf dem Lande für die wenigstens vorläufige Intubation, welche in 90 pCt. der Fälle das augenblickliche gewünschte Resultat ergebe und die Gelegenheit zur nachherigen Tracheotomie unter besseren Verhältnissen offen lasse. Die Erfahrungen über die Intubation bespricht Verf. nach allen Seiten, wobei er zu günstigen Ergebnissen kommt und nur einen einzigen Todesfall der Methode zuschreiben muss. Die günstigen Erfahrungen der Serumtherapie bestätigt er auch. Die gründliche Arbeit verdient namentlich bezüglich der Intubation nachgelesen zu werden.

JONQUIÈRE.

81) **Matchevariani** (Lausanne). **Serum und Häufigkeit der nachdiphtherischen Paralysen. (Serum et fréquence des paralysies postdiphtériques.)** *Lausanner Dissertation. 1899. Lausanne bei Jannin.*

Schlüsse: Die Häufigkeit der Lähmungen hat seit Einführung der Serumtherapie abgenommen. Man muss annehmen, dass der Löffler'sche Bacillus zwei Toxine bilde, das septische und das paralysirende. Das paralysirende Toxin, obgleich vom selben Datum, manifestirt sich nach sehr verschiedenen Zeiträumen. Jeder nach Diphtherie aus der Behandlung Entlassene sollte einen Fragebogen mit den Fragen nach dem Zeitpunkt, nach der Form und der Dauer der Lähmungen mitbekommen. Das Serum hat keinen Einfluss auf die Zeit des Eintritts der Lähmung. Starkes Serum hat entgegen manchen Autoren kein häufigeres Auftreten der Lähmungen zur Folge

JONQUIÈRE.

82) **Quadflieg. Ueber Intubation.** *Therap. Monatsh. 1900.*

Q. hat 43 diphtheriekranke Kinder intubirt, von denen 19 Diphtherie und Croup hatten. Von diesen 19 wurden 10 nur intubirt, 2 davon starben; die übrigen 9 wurden erst intubirt, später tracheotomirt, von diesen starben 3.

9 Kinder mit Larynxdiphtherie wurden nur intubirt und genasen alle; von 15 zuerst intubirten und später tracheotomirten starben 3.

Von 23 Kindern mit Rachen- und Kehlkopfdiphtherie starben 7 an Herzparalyse und Pneumonie; sofort tracheotomirte 16 Kinder zeigten eine Mortalität von 6.

Von 43 intubirten Kindern mussten also 24 tracheomirt werden.

Zweimal wurde das Decanulement durch die Intubation ermöglicht.

Bei ganz jungen Kindern giebt die Intubation mehr Aussicht auf die Erhaltung des Lebens als die Tracheotomie.

Der Tubus bleibt am besten gleich 2 Tage liegen, dann wird extubirt und eventuell reintubirt. Nie mehr als 3mal wird bei einem Kinde intubirt.

Die Ernährung gelang ohne Hindernisse.

Nach der Intubation tritt Temperatursteigerung ein, die gewöhnlich nach der Extubation wieder schwindet.

Verf. sah am Larynx nie unangenehme Folgeerscheinungen der Intubation. Sie eignet sich aber nur für das Krankenhaus.

A. ROSENBERG.

83) **Trumpp** (München). **Die ausserklinische Intubation.** *Vortrag. geh. auf der Naturforscherversamml. 1899. Klinisch therapeutische Wochenschrift. 1899. No. 46, 47, 48.*

Bericht über die im Sommer 1899 angestellte Sammelforschung hinsichtlich folgender Fragen:

a) welche Verbreitung die ausserklinische Intubation bisher gefunden hat,

b) welche Resultate sie ergeben hat,

c) unter welchen Bedingungen sie geübt wird,

d) welche Maassnahmen von den einzelnen Autoren angegeben werden, um die bekannten Missstände der Intubation zu vermeiden.

Die eingelaufenen Antworten ergaben:

1. dass die Intubation auch in der Privatpraxis ausführbar und durchführbar ist,

2. dass sie dem Praktiker ebenso gute Resultate liefert wie dem Kliniker, jedenfalls aber in vielen Fällen günstigere Aussichten bietet als die Tracheotomie.

CHIARI.

84) **J. Papasotirin. Die Wirkung von Petroleum auf den Diphtheriebacillus. (The effect of petroleum on the Diphtheria bacillus.)** *N. Y. Medical Record. 27. October 1900.*

Verf. stellte zahlreiche Versuche darüber an, ob die Anwendung von Petroleum bei Diphtherie gerechtfertigt ist. Er liess das Mittel in verschiedener Weise auf wachsende Colonien von Bacillen einwirken mit dem steten Resultat, dass die derart behandelten Platten ebenso gut wuchsen wie die Controlplatten. Ein etwaiger Heileffect des Petroleums bei Diphtherie ist daher nicht von einer keimtödtenden Wirkung abhängig.

LEFFERTS.

c. Kehlkopf und Luftröhre.

85) **W. L. Bullard. Ein Fall von Epiglottiscyste. (A case of cyst of the epiglottis.)** *N. Y. Medical Journal. 25. August 1900.*

Verf. incidirte die Geschwulst, entleerte den halbflüssigen Inhalt, führte eine in Chromsäure getauchte und über der Gasflamme erhitzte und getrocknete Sonde durch die Wunde ein und curettirte den Sack. Seitdem sind 5 Monate verflossen, und es ist kein Recidiv aufgetreten. LEFFERTS.

86) **Goris. Thyrotomie bei Kehlkopfpapillom bei einem 4jährigen Kinde. Heilung. (Thyrotomie pour papillome du larynx chez un enfant de 4 ans. Guérison.)** *Annal. de la Soc. Belg. de Chir. No. 7. 1900.*

G. stellt ein 4jähriges Kind vor, bei welchem er zur Entfernung eines Kehlkopfpapilloms die Thyrotomie mit vorausgeschickter Tracheotomie vorgenommen hatte. Das Papillom sass im vorderen Stimmbandwinkel. Entfernung der Canüle nach 3 Tagen. Heilung. BAYER.

87) **W. L. Bullard. Papillom der Stimmbänder. (Papilloma of the vocal cords.)** *Virginia Medical Semi-Monthley. 26. October 1900.*

Verf. berichtet über 5 Fälle, die alle nach Entfernung der Geschwulst mit der Schlinge prompt heilten. In zweien der Fälle gelang trotz des jugendlichen Alters der Patienten von 4 und 5 Jahren die sofortige vollständige Entfernung durch intralaryngeales Verfahren mit der Schlinge. EMIL MAYER.

88) **Jos. S. Gibb. Seltene papillomatöse Geschwülste im Larynx. (Unusual papillomatous growth in the larynx.)** *N. Y. Medical Journal. 3. November 1900.*

Die Eigenartigkeit der beobachteten Geschwulst, die eine weissliche, glänzende Excrescenz in der einen Seite des Kehlkopfes darstellte, macht nach der Ansicht des Verf.'s die Publication wünschenswerth. LEFFERTS.

89) **E. T. Dickermann. Larynxpapillom bei Kindern. (Papillomata of the Larynx in the children.)** *N. Y. Medical Record. 3. November 1900.*

1. Larynxpapillome sind besonders hier zu Lande eine seltene Erkrankung. 2. In einer Reihe von Fällen heilen sie spontan. 3. Intralaryngeale Methoden sollen immer, wofern keine ausgesprochene Dyspnoe besteht, zuerst versucht werden, ehe Tracheotomie gemacht wird. 4. Nach einer Tracheotomie sollen intralaryngeale Methoden versucht werden. 5. Pat. soll noch 6 Monate lang nach der Entfernung der Geschwulst eine Canüle tragen. 6. Thyrotomie soll nur als letztes Auskunftsmittel betrachtet werden. LEFFERTS.

90) **J. Payson Clark. Stimmbandcyste. (Cyst of the vocal cord.)** *Boston medical and surgical Journal. 29. November 1900. N. Y. Medical Record. 8. December 1900.*

Bei der Untersuchung des Larynx sah man, abgesehen von der Mitte des rechten Stimmbandes, eine beträchtliche Röthung der Stimmbänder. Hier fand

sich auf der Oberfläche eine ovale, glatte, grauweisse, opake Schwellung, die $^1/_4$ bis $^1/_3$ der Länge und die ganze Breite des Stimmbandes einnahm und eine Hervorwölbung seines freien Randes verursachte.

Bei Einführung der Schrötter'schen Zange und dem Versuch, die Geschwulst zu fassen, fand sich weiter, dass dieselbe so fest war, dass die Zange abglitt, ohne zu fassen. Auf die Vermuthung eines Collegen hin, es möchte vielleicht eine Cyste sein, führte Verf. ein verdecktes Larynxmesser ein und incidirte den Tumor nahe dem freien Rand des Stimmbandes. Bei dem Zurückziehen des Messers gewahrte man das Austreten einer milchigen Flüssigkeit und das gänzliche Verschwinden der Cyste. Mikroskopisch fand man in der Cystenflüssigkeit eine Masse von degenerirten Epithelzellen und einzelnen Leukocyten.

EMIL MAYER.

91) **W. Moore** (Melbourne, Victoria). **Epitheliom des Larynx. Laryngectomie nach Solis Cohen. Heilung. (Epithelioma of the larynx. Laryngectomy by Solis Cohen's method. Rocovory.)** *Intercolonial Medical Journal. 20. Juli 1900.*

Pat. war ein 67jähriger Mann. Das Laryngoskop erwies Schwellung und livide Verfärbung der Arytaenoid- und aryepiglottischen Falten. Das rechte Stimmband ist hypertrophisch, ulcerirt und unbeweglich, das linke roth, geschwollen und unbeweglich. 14 Tage vor der Hauptoperation wurde Tracheotomie ausgeführt. Bei der Operation, die klar beschrieben wird, wurde das Verfahreu nach Solis Cohen eingeschlagen. Dieselbe ist von anderen dadurch verschieden, dass die seitlichen Theile des Schildknorpels unberührt und auf diese Weise wichtige Muskelzüge unversehrt bleiben.

A. J. BRADY.

92) **J. H. Farell. Primäres Larynxcarcinom. (Primary Carcinoma of the larynx.)** *Laryngoscope. October 1900.*

Es handelt sich um ein Epitheliom bei einem 54jährigen Manne; dasselbe sass auf der linken Seite und hatte den Epiglottisrand, die aryepiglottischen Falten, die Arytenoidknorpel und auf eine kurze Strecke auch die glossoepiglottischen Falten, nicht dagegen die Stimmbänder in Mitleidenschaft gezogen. Die Stimme war nicht beeinträchtigt. Tracheotomie mit nachfolgender Entfernung der Geschwulst führten zu schneller Heilung. Es trat kein Recidiv im Larynx auf, aber eine secundäre Drüsenschwellung auf derselben Seite.

EMIL MAYER.

93) **Joseph S. Gibb. Larynxcarcinom. Laryngectomie. (Carcinoma of the larynx. Laryngactomie.)** *Laryngoscope. October 1900.*

Nach einer negativen Untersuchung auf Malignität erwies eine zweite, dass die intralaryngeale Geschwulst ein squamöses Carcinom war, wobei nur sehr schwer ein Stückchen Tumor zur Untersuchung erhalten werden konnte; es zeigte sich hier wieder, dass ein negatives Resultat noch nicht beweist, dass wirklich kein maligner Tumor vorhanden ist. Die Laryngectomie wurde unter Eucainanästhesie der Gewebe ausgeführt. Pat. starb am 4. Tage; der Tod war zurückzuführen auf eine vom unteren Ende des Larynx ausgehende Infection, die wohl eine Streptokokkeninfection verursachte, welche durch die Operation noch weiter angefacht

wurde. Verf. entnimmt dieser seiner Erfahrung die Lehre, dass in zukünftigen Fällen eine Tracheotomie der Laryngotomie vorausgeschickt werde.

EMIL MAYER.

94) **J. N. Mackenzie. Makroskopische Diagnose des Larynxcarcinoms. (Naked-eye diagnosis in cancer of the larynx.)** *N. Y. Medical Record. 3. November 1900.*

Man kann die makroskopische Diagnose des Larynxkrebses gar nicht hoch genug anschlagen, und alles in allem ist sie von weit grösserer praktischer Bedeutung als Thyrotomie oder Mikroskop. Leider wird sie meistens unterschätzt. (? Red.) Selbst der beste Laryngologe soll erst dann die Probeexcision zur mikroskopischen Untersuchung machen, wenn er sich gründlich mit der Anamnese befasst hat und sich bemüht hat, eine Diagnose mit blossem Auge zu stellen.

LEFFERTS.

95) **G. J. Hankins** (Sidney, N. S. W.). **Neoplasma der Larynxgegend. Suffocation. Tracheotomie mit nachfolgender Operation von aussen. (Case of neoplasm in the neigbourhood of the larynx. Suffocation. Tracheotomie. Subsequent external Operation.)** *Australian Medical Gazette. 20. August 1900.*

Ein 43jähr. Mann hatte seit 3 Wochen Athembeschwerden. Es bestand eine Schwellung auf der linken Halsseite in der Höhe des oberen Schildknorpelrandes, und bei der Aufnahme ins Spital traten vornehmlich Dysphagie und Dyspnoe hervor. Letztere nahm so rapid zu, dass Pat. nur durch schnelle Tracheotomie vor Erstickung gerettet wurde. Anamnestisch sprach nichts für Syphilis. Der rundliche Gipfel der Geschwulst, die vom Kehlkopf auszugehen schien, war über der Zungenbasis zu sehen. Ein wallnussgrosses Stück wurde mit der Larynxschlinge zum Zweck der Untersuchung entfernt und zeigte sich aus kleinen Rundzellen bestehend. Verf. war der Ansicht, dass ein schnell wachsendes Sarkom vorlag. Nach wenigen Tagen hatte die Geschwulst wieder ihre vorherige Grösse erlangt. In der Hoffnung, zwar nicht Heilung aber vielleicht Erleichterung zu bringen, wurde eine radicale Entfernung des Tumors versucht, dieselbe wurde mittelst Incision unter dem unteren Rand des Zungenbeins ausgeführt. Ein Theil des eingekapselten Tumors verursachte die Schwellung am Halse und ein anderer Theil, welcher aus der Kapsel ausgetreten war, hatte sich über den Larynx verbreitet. Der Kranke erholte sich gut und hat seitdem an Gewicht zugenommen. Die Thatsache, dass seitdem 3 Monate ohne Recidiv verstrichen sind, machen den Verf. in seiner ursprünglichen Diagnose, dass es sich um Sarcom handele, zweifelhaft.

A. T. BRADY.

f. Schilddrüse.

96) **L. Mayer** (Graz). **Ueber die Häufigkeit des Kropfes in den verschiedenen Lebensaltern.** *Wiener med. Blätter. 1900. No. 21 u. 22.*

Nach weitgehenden Untersuchungen und genauer Durchsicht der diesbezüglichen Literatur kommt M. zu dem Resultate, dass beim Manne der Kropf am

häufigsten zwischen dem 21. und 25. und dem 40. und 50. Lebensjahre, beim Weibe zwischen dem 40. und 50. Lebensjahre zur Beobachtung kommt. CHIARI.

97) **E. Sandelin. Retrosternale Struma mit schwerer Dyspnoe. (Retrosternal goitre with grave dyspnoea.)** *N. Y. Medical Record. 29. September 1900.*

Verf. berichtet von Fällen schwerer Dyspnoe bei retrosternaler Struma. Tracheotomie brachte nur vorübergehende Erleichterung, weshalb Strumectomie ausgeführt wurde, die zur völligen Heilung führte. Der Tumor erwies sich als gutartige, colloide Struma, die sich im linken Lappen der Schilddrüse entwickelt hatte. In ihrer unteren hinteren Partie fand sich ein Extravasat, welches Verf. durch die Dyspnoe erklärt. Larynx und obere Trachea waren nach rechts gedrängt und die Trachealwände abgeplattet; tiefer unten, hinter der Struma hatte der Tumor die Trachea völlig abgeplattet. Aus der Thatsache, dass diese Deformitäten nach der Entfernung des Tumors weiter bestanden, kann man entnehmen, dass derselbe seit langer Zeit existirt haben muss. LEFFERTS.

98) **F. P. Norbury. Aetiologische und klinische Betrachtung der Basedow'schen Krankheit. (An etiological and clinical consideration of Graves' Disease.)** *Medicine. October 1900.*

Verf. kommt zu dem Schluss, dass die Theorie anerkannt werden müsse, welche die Erkrankung auf eine Affection des Halssympathicus zurückführt und sie als das Resultat einer Vasodilatatorenreizung darstellt; diese Nervenbahnen für Kopf und Herz haben ihren Ursprung in der Medulla. EMIL MAYER.

99) **Armstrong. Ein tödtlicher Fall von Basedow'scher Krankheit. (A fatal case of exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Record. 15. September 1900.*

Wenn einerseits der plötzliche Beginn der Erkrankung besonders nach psychischem oder physischem Shock nichts Ungewöhnliches darstellt, und die Symptome auch einen sehr hohen Grad erreichen können, so ist ein tödtlicher Ausgang doch recht selten. Es ist einigermaassen bemerkenswerth, dass Autopsieberichte fast gar nicht vorliegen und dass Morbus Basedow nicht häufig in den Sterblichkeitslisten figurirt, während die Krankheit doch in den 40er Lebensjahren sehr häufig ist. Daher muss der vom Verf. mitgetheilte Fall, bei dem ein Morbus Basedowii bei einem 11jährigen Mädchen tödtlich verlief, als Unicum angesehen werden. LEFFERTS.

100) **F. W. Higgins. Basedow'sche Krankheit. (Exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Record. 15. September 1900.*

Verf. bespricht die Symptome der Erkrankung, die Theorien ihrer Pathologie, die toxämische Theorie, die Functionen der Schilddrüse, Myxödem sowie Indicationen für die Behandlung derselben. LEFFERTS.

101) **M. P. Jacobi. Behandlung der Basedow'schen Krankheit durch intestinale Antiseptica. (Exophthalmic goitre treated by intestinal antiseptics.)** *N. Y. Medical Record. 22. September 1900.*

Langer Bericht eines Falles. LEFFERTS.

102) **Kocher** (Bern). **Ueber die Folgen der Thyreoptosis.** *Centralbl. f. Chirurgie. 27. 1900.*

Mittheilung eines Falles von Struma interthoracica, die zur Lähmung des Recurrens und Sympathicus führte. Die Thyreoptosis ist von grosser Bedeutung, sobald sich ein Kropf in der in die Thoraxapertur auch nur theilweise verlagerten Schilddrüse ausbildet, hat er die Neigung, nach dem Thoraxinnern zu wachsen, da er in Folge stärkerer Inspiration durch den Luftdruck abwärts gedrängt wird, umsomehr, je mehr in der Höhe der Thoraxapertur eine Verengerung der Trachea durch den Kropf zu Stande kommt.

SEIFERT.

103) **Guisan** (Lausanne). **Beitrag zur Kenntniss der Wirkung der Schilddrüsen-Behandlung bei Psoriasis. (Contribution à l'étude de la médicatien thyreoidienne dans le psoriasis et son influence sur l'excretion urinaire.)** *Dissertation von Lausanne bei Vincent. 1898.*

Schlüsse: Die Schilddrüseningestion scheint nicht auf die Hautkrankheiten einzuwirken.

Die Psoriasis wird durch das Thyroidin nicht günstig beeinflusst, verhindert nicht deren Rückfälle und spielt auch mit der äusseren Behandlung combinirt eine sehr problematische Nebenrolle.

Die Wirkung des Thyroidins auf die Diurese ist beträchtlich aber nicht constant. Die Harnstoff- und die Harnsäureausscheidung bleibt unbeeinflusst. Das Gewicht nimmt durch Thyroidin meistens zu. Die Pulsfrequenz wird selbst im Ruhezustand grösser. Mitunter treten Symptome von Thyroidismus auf.

JONQUIÈRE.

g. Oesophagus.

104) **G. Killian** (Freiburg i/Br.). **Ein schwieriger oesophageskopischer Fall.** *Deutsche med. Wochenschrift. 51. 1900.*

52jährige Patientin verschluckt eine Kautschuckplatte, die sich dabei, wie K. oesophagoskopisch feststellte, dicht oberhalb der Cardia einkeilte. Extractionsversuche mit der Zange mussten aufgegeben werden, weil eine Verletzung des Oesophagus dabei eintreten konnte. K. gelang es dann nach vieler Mühe die galvanokaustische Schlinge um den Fremdkörper zu legen und ihn in mehrere Theile zu zerlegen, die danach einzeln extrahirt werden konnten.

ZARNIKO.

105) **J. C. Squance. Steckenbleiben einer Münze im Oesephagus. (A halfpenny impacted in the Oesophagus.)** *Lancet. 25. September 1900.*

Ein $6^1/_2$jähriges Mädchen verschluckte einen „Halfpenny". 5 Wochen lang konnte sie nur schwer schlucken und litt an heftigem Husten. Die Münze wurde radioskopisch festgestellt und mit einem gebogenen Draht entfernt. Heilung.

ADOLPH BRONNER.

106) **Vervaeck. Narbenstenose des Oesophagus. (Rétrécissement cicatriciel de l'oesophage.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 47. 1900.*

Kind von 3 Jahren hatte Kalilauge verschluckt. Oesophagusstenose, Gastro-

stomie, Catheterismus von unten her. 6 Monate nachher konnte das Kind wieder Nahrung vom Munde aus zu sich nehmen. Tod in Folge von Masern. Bei der Autopsie findet man den Sitz einer narbigen Stenose 15 mm vom unteren Rand des Pharynxconstrictors entfernt als Narben über der Cardia. BAYER.

107) **Bowles** and **G. Turner. Oesophagusruptur durch Erbrechen. (Rupture of Oesophagus caused by vomiting.)** *Verhandlungen der Royal Medical and Chirurgical Society. 27. März 1900. British Med. Journal. 31. März 1900.*

Eine 62jährige Frau nahm ein Abführmittel (Aloerhabarberpillen) ein und trank etwas Milch hinterher, die ihr Erbrechen verursachte. Darauf trank sie ein Glas Salzwasser „zur Magenreinigung". Dem daraufhin eintretenden Erbrechen folgte ein Collaps und epigastrischer Schmerz. Als Verff. zugezogen wurden, fanden sie die Kranke schwer collabirt, mit grossen Schmerzen und Luftmangel. Der Schmerz wurde in die Mittellinie und zwar ins Epigastrium wie in den Rücken verlegt. Das Abdomen war hart und eingezogen. Das Erbrechen hatte seit dem plötzlichen Eintreten von Collaps und Schmerzen aufgehört. Stimulantien und Opium, per os verabreicht, erhöhten noch die Schmerzen. Nach subcutaner Morphiumgabe wurde eine Untersuchung vorgenommen, die eine Hyperresonnanz der linken Brustseite bei fehlender Herzdämpfung und fehlenden Herztönen ergab. Man entschied sich dahin, dass keine Magenperforation vorliege und das Weitere abzuwarten sei. Die Schmerzen stellten sich beim Nachlassen der Morphiumwirkung wieder ein, 18 Stunden nach dem Anfall kam dann noch Emphysem des Halses und Gesichtes hinzu, und 5 Stunden später trat der Tod ein.

Die Obduction ergab Emphysem von Brust und Hals, besonders links und linksseitigen Pneumothorax. In der linken Pleurahöhle fanden sich ungefähr 250 ccm brauner Flüssigkeit und eine kleine Quantität rechts; auch das hintere Mediastinum war mit der gleichen Flüssigkeit infiltrirt. Die linke Lunge war collabirt aber sonst gesund und bot keinerlei Zeichen von Tuberkulose. $1^1/_2$ Zoll über dem Diaphragma fand sich eine längliche Ruptur des Oesophagus, $^5/_8$ Zoll lang. Die Ränder waren dünn, die Schleimhaut nicht abgehoben und keinerlei Anzeichen von Erkrankung vorhanden.

Die Verff. besprechen die Möglichkeit eines chirurgischen Eingriffs vom hinteren Mediastinum aus. Es werden 16 Fälle aus der Literatur zusammengestellt.

Discussion:

Cyril Ogle. Die unteren Oesophaguspartien sind erweicht, die Ruptur jedoch zweifellos primär und nicht auf die Erweichung zurückzuführen. Letztere würde immerhin das Anlegen einer Naht contraindiciren.

Rolleston referirt über einen von ihm in den „Verhandlungen" mitgetheilten Fall, in welchem eine Oesophagusruptur im unteren Drittel mit einem Abscess communicirte. Diese Localisation ist deshalb bemerkenswerth, weil doch eigentlich der schwächste Punkt der Speiseröhre an seiner Verbindungsstelle mit dem Pharynx liegt. Eine Erklärung kann darin gesehen werden, dass im unteren Drittel nur longitudinale Muskelfasern gefunden werden, und dass eine Fixation durch das Diaphragma besteht. Ausserdem ist hier der gewöhnliche Sitz der Oesophagusgeschwüre, die durch eine secundäre Ruptur verdeckt werden können.

Stanley Boyd berichtet über 2 Fälle seiner Erfahrung, in welchen keine typischen Symptome entwickelt waren.

Bryant berichtet über einen von ihm beobachteten Fall, in welchem eine Ruptur des unteren Drittels gefunden wurde. Hier trat kein Emphysem ein, aber Extravasation von Flüssigkeit.

Bowles erwähnt, dass der Puls 50 betrug, sehr gespannt war, eine eigenthümliche Erscheinung in Anbetracht des hochgradigen Collapses. Er vermuthet Betheiligung des Vagus. Das untere Drittel war die engste Stelle des Oesophagus und musste so bei dem Brechakt in erster Linie betroffen werden.

Turner sieht in derartigen Fällen, wo schon Pneumothorax eingetreten ist, keine Contraindication gegen die Eröffnung der Pleura. ERNEST WAGGET.

108) **C. Hödlmoser** (Wien). **Zur Diagnose des latenten Oesophagus-Carcinoms.** *Wien. klinische Wochenschrift. No. 44. 1900.*

Beschreibung zweier Fälle von latent verlaufendem Oesophagus-Carcinom, die H. an der III. medic. Klinik beobachtete. — Die Diagnose wurde erst am Secirtische gestellt. — Beide Fälle zeichneten sich durch reichliche Metastasenbildung aus und fehlte in beiden Fällen das Cardinalsymptom — die Schlingbeschwerden, dagegen bestand Recurrenslähmung. — Alle Erscheinungen wiesen jedoch auf ein abdominales Neoplasma. CHIARI.

109) **Crouzon. Oesophagus- und Pyloruskrebs. (Cancer de l'oesophage et cancer du pylore.)** *Société anatomique. 9. September 1900.*

Ein cylindrisches Epitheliom des Pylorus bestand bei gleichzeitigem Carcinom im Anfangstheil vom Pylorus mit Perforation in die Trachea.

Verf. legt sich die Frage vor, ob der Oesophagustumor primär oder secundär ist; das letztere ist wenig wahrscheinlich. PAUL RAUGÉ.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Handbuch der Laryngologie und Rhinologie.** Herausgegeben von **P. Heymann.** Wien 1896/1900. Alfred Hölder. (Fortsetzung.)

P. H. Gerber. Rhinitis acuta.

F. Klemperer. Rhinitis chron. simplex und atrophica.

R. Krieg. Rhinitis atrophica.

N. Lange. Die Erkrankungen der Nasenscheidenwand.

E. von Bergmann. Verletzungen der Nase, Fracturen und Dislocationen.

O. Seifert. Fremdkörper, Nasensteine und Parasiten in der Nase und ihren Nebenhöhlen.

R. Kayser. Verwachsungen der Nase (Synechien und Atresien).
O. Körner. Die Störungen der Geruchsempfindung, des Gefühls und der Absonderung in der Nase.
A. Jurasz. Die nasalen Reflexneurosen.
A. Rosenberg. Das Nasenbluten.
G. Catti. Nasenerkrankungen bei Masern, Windpocken und Scharlach.
W. Landgraf. Nasenerkrankungen bei Typhus abdominalis, Influenza und Rotz.
A. von Sokolowski. Ueber die in der Nasenhöhle bei allgemeinen Krankheiten des Organismus und bei einigen chronischen Leiden nicht specifischer Natur beobachteten Veränderungen.
P. Strübing. Rhinitis diphtheritica.

Selten begegneten wir über einen einfachen Gegenstand einer so anregenden Monographie wie sie Gerber über die Rhinitis acuta geliefert hat. Nach einer historischen Erinnerung an die classische Auffassung des Schnupfens macht er eine Eintheilung in katarrhalische, blennorrhoische und fibrinöse Coryza, die er auch einzeln bespricht, ohne aber einen Augenblick zu vergessen, dass diese Trennung keineswegs streng festgehalten werden darf. Aetiologisch bespricht er zusammen in ganz gelungener Weise die bakteriologische und die atmosphärische Genese, erörtert die chemischen und mechanischen Ursachen und schaltet hier die nervösen Formen inclus. des Heufiebers in den grossen Rahmen hinein. Zum Schluss bespricht er die symptomatischen Rhinitiden, und vertheidigt die Auffassung der genuinen Rhinitis fibrinosa als einer diphtheritischen Entzündung. Einer besonderen Besprechung unterzieht er die Coryza neonatorum, welcher Namen die gutartige Coryza simplex, die infectiöse oft gonorrrhoische Coryza blennorrhoica und die specifische Coryza der Säuglinge umfasst. Auch das Verhältniss der Nasennebenhöhlen und des Gehörganges zu der acuten Rhinitis wird ausführlich besprochen. Die einzige Bemerkung, die Ref. sich erlaubt ist, dass er vor dem Gebrauch des Cocaïns, wie von Verf. empfohlen, dringend warnen möchte.

Die Rhinitis chronica ist von Klemperer und von Krieg in gründlicher Weise besprochen worden. Mit Recht führt Klemperer an, dass zwischen der Rhinitis. chron. simplex und hypertrophica kein wesentlicher Unterschied besteht. Lesenswerth ist die Discussion über die Beziehung der Bakterien zur chronischen Rhinitis, in welcher er ebenso gegen die Annahme der Nase als „Bakteriennest“ wie gegen die baktericide Bedeutung des Nasensecretes Stellung nimmt. Im normalen Nasenschleim sind immer verschiedene Bakterienarten nachweisbar. Dieselben Sorten finden sich, nur in grösserer Zahl, bei der chronischen Rhinitis. In der Schleimhaut selbst sind niemals Bakterien nachgewiesen worden. Was die Verdickungen betrifft, die man bei der hypertrophischen Form findet, so sind dieselben histologisch oft keine einfachen Hypertrophien, wiewohl es schwer bleibt zu bestimmen, in welchem Stadium man diese Gebilde als echte Neubildungen bezeichnen soll. Die Coryza chron. der Kinder wird von Klemperer abgesondert besprochen und namentlich deren Beziehung zur Scrophulose erörtert. K. betrachtet die Coryza nicht als Ursache sondern als Folge der Scrophulose.

Krieg nimmt zwischen der fötiden und der nonfötiden atrophischen Rhinitis keinen principiellen Unterschied an. Somit haben wir glücklicher Weise nur noch zwei Formen chronischer Rhinitis: die einfache resp. hypertrophische und die atrophische zu unterscheiden. Die Krieg'sche Besprechung der atrophischen Rhinitis kann zur Lectüre nur empfohlen werden. Die Aetiologie wird eingehend erörtert; den Abel'schen Bacillus acceptirt K. als den Erreger nicht nur des Fötors, sondern der ganzen Krankheit. Wenn er sich also nicht zu dem extremen Grünwald'schen Standpunkt bekennt, so betont er doch das grosse Verdienst dieses Forschers um diese Frage. Therapeutisch lobt er vor Allem die Gottstein'sche Tamponnade, mit der er mehrere dauernde Heilungen hat verzeichnen können.

Ueber die Erkrankungen der Nasenscheidewand liegt von der Hand Victor Lange's eine recht ausführliche Besprechung vor. Ja der Autor dürfte sich wohl einer etwas zu grossen Breite befleissigt haben. Die einzelnen Abschnitte handeln von den Difformitäten, vom Ulcus perforans und vom Hämatom und Abscess, während von den anderweitig (von Heymann und Kümmel) besprochenen Geschwülsten hier nur die verschiedenen vorkommenden Arten — 15 an der Zahl — in deren Frequenz angeführt werden. Ebenso wie dem Nasenbluten (von Rosenberg) ist auch den Fracturen und Dislocationen ein eigenes Capitel gewidmet worden. Es ist deshalb nicht gut einzusehen, warum Verf. neben den Verbiegungen und Auswüchsen hier auch „die Folgen einer Fractur oder Luxation“ für sich besprochen hat, weil diese Folgen ja nichts anderes als Verbiegungen und Auswüchse sein dürften. Die Trephine-Operation — warum sollte sie nicht eine „blutige“ Methode sein? — wird noch „mit einer gewissen Reserve betrachtet.“ Die Arbeit kann übrigens wegen ihrer Gründlichkeit und Zuverlässigkeit nur empfohlen werden.

v. Bergmann bespricht der Reihe nach die Verletzungen der äusseren Nase, die Fracturen der Nase, die Verletzungen der Fracturen und Dislocationen und die seltene Fractur des knöchernen Septums. Namentlich die beiden ersteren Abschnitte, die von der äusseren Nase handeln, sind für uns Rhinologen interessant. Die anregende lebhafte Beschreibung macht die Lectüre des ganzen Capitels zu einer sehr angenehmen. Bei der Behandlung der Nasenwunden verwirft Verf. allen und jeden Verband. Schliessung der Wunde, nachdem die Blutung vollständig gestillt worden und Schutz der Naht nur durch den trockenen Schorf ergiebt fast immer eine Prima intentio. Das Anheilen vollständig abgetrennter Nasenstücke bleibt immer ein glücklicher Zufall. Auch hier ist nichts so wichtig als das Aufhören des Blutens aus dem Stumpf, auf den das Fragment gepflanzt werden soll. Unter den Fracturen ist der fast regelmässig mit Verbiegung oder Fractur der Cartilago quadrangularis verbundene Querbruch des unteren Abschnittes der Nasenbeine als eine typische zu betrachten. Frische Brüche sind gewöhnlich leicht zu reponiren. Man fängt dazu immer mit der verbogenen Scheidewand an, und zwar mit dem in das verengte Nasenloch eingeführten kleinen Finger, welcher von dem Zeigefinger der anderen Hand oder von einem kräftigen Zug an der Nasenspitze unterstützt wird. Die Nasenbeinfragmente werden mit Hilfe der Sonde reponirt, wenn nöthig in der Narkose. Schliesslich

folgt Jodoformgazetomponade hoch in beide Nasenhälften. „Die Symmetrie des Gesichtes, Harmonie und Charakter der ganzen individuellen Erscheinung eines Menschen werden durch nichts so sehr als durch eine zurückbleibende Verschiebung der Nase gestört." Deshalb soll man, wenn die einfachen Digital- und Sonden-Versuche nicht ausreichen, sofort zur vollständigen Bloslegung der Bruchstelle übergehen.

Die Besprechung der Fremdkörper durch Seifert zeugt von einer seltenen Gründlichkeit und einem ausserordentlich fleissigen Literaturstudium. Alles Wissenswerthe, was über dieses Thema überhaupt geschrieben ist, findet sich hier in übersichtlicher Form geordnet. Die Fremdkörper der Nebenhöhlen sind für sich besprochen, und zwar sind es, für die Kiefer und Stirnhöhlen, auf traumatischem Wege hineingelangte Körper, die mitunter längere Zeit ohne Schaden dort verbleiben können, für die Kieferhöhle ausserdem Fragmente von Instrumenten u.s.w., welche bei der Behandlung von Empyemen hineingerathen sind. Ein kleiner Abschnitt handelt von den Zähnen in der Nase und in der Kieferhöhle, der Mehrzahl nach Folgen von Inversion des Zahnkeimes. Unter den thierischen Parasiten nehmen die Fliegen bei weitem die vornehmste Stelle ein. Uebrigens giebt Verf. eine ausführliche Aufführung der verschiedenen gefundenen Parasitenarten. Die pflanzlichen Parasiten sind — abgesehen von den Spaltpilzen — viel seltener beobachtet worden, am häufigsten noch der Soor.

Kayser unterscheidet vordere Synechien (solche im Bereich der äusseren Nase), mittlere Synechien und hintere (Choanalatresien). Nach Sitz und Genese lassen sich die congenitalen Formen der letzteren in die knöchernen intranasalen, die ebenfalls knöchernen marginalen, bei welchen eine Verwachsung der Choanalränder vorliegt, und die membranösen retronasalen Choanalatresien eintheilen. Sämmtliche Arten der Synechie und Stenosen werden eingehend erörtert.

Die erste Hälfte des letzten Bandes schliesst mit einem Capitelchen über die Störungen des Geruchs und des Gefühls, dem ein kleiner Paragraph über Hydrorrhoea nasalis in etwas fremder Weise angehängt ist. Die Anosmie theilt Körner, nach Zwaardemaker, in Anosmia respiratoria, essentialis und centralis ein. Die Anosmia gustatoria will Verf. nicht in dem mechanischen Sinne Zwaardemaker's gelten lassen, indem er dieselbe der „wahren Anosmie" gegenüberstellt. Ref. hält die Zwaardemarker'sche Eintheilung für richtiger.

Die Besprechung der Reflexneurosen von Jurasz, die mit einer interessanten historischen Einleitung anfängt, ist durch Objectivität und ruhige Kritik besonders ausgezeichnet. Verf. macht eine Trennung zwischen den Neurosen, bei denen die sensible Erregung von der Nase ausgeht und der Reflex sich a) in der Nase, b) in den ausserhalb der Nase liegenden Organen einstellt, und solchen, bei denen die sensible Erregung in einem anderen Organ ihren Ursprung nimmt und reflectorisch auf die Nase übertragen wird. Bei Besprechung der Pathogenese werden die verschiedenen in Betracht kommenden Momente eingehend erörtert: die locale und die individuelle Disposition, die Jahreszeiten und die veranlassende locale Erregung. Die Diagnostik des Verf.'s ist durch einen wohlthuenden Skepticismus gekennzeichnet. Mit Recht führt er aus, dass die blosse Anwesenheit

einer Neurose deren nasale Genese noch keineswegs beweist, und dass man auch dem Sondenexperiment, falls es positiv ausfällt, und ebenso dem günstigen Heilerfolg einer Nasenbehandlung keinen absolut beweiskräftigen diagnostischen Werth zuschreiben darf. Die wichtigsten Dienste bei der Feststellung der Diagnose erweist zur Zeit das Cocain.

Das kleine Capitel über Nasenbluten von Rosenberg giebt zu keinen besonderen Bemerkungen Veranlassung, indem es allen gerechten Anforderungen entspricht.

Ueber die Nasenaffectionen bei acuten Infectionskrankheiten und chronischen Allgemeinerkrankungen liegen vor der Hand Catti's, Landgraf's und Sokolowski's dankenswerthe Abhandlungen vor. Die Bearbeitung ist eine ähnliche wie in ihren früheren entsprechenden Capiteln in den beiden ersten Bänden. Catti behandelt die Masern, Varicellen und Scharlach. Landgraf das Typhoid, die Influenza und den Rotz. Die Influenza wäre wohl eine eingehendere Besprechung werth gewesen. So wird von den häufigen Nebenhöhlenentzündungen kaum ein Wort, von der wichtigen Anosmie gar nichts gesagt.

Rhinitis diphtheritica. — Strübing macht eine scharfe Trennung zwischen der primären und der secundären Nasendiphtherie. Und mit Recht: während die erstere — Rhinitis fibrinosa — ein gewöhnlich ganz mildes Krankheitsbild darstellt, so gilt bei bestehender Rachendiphtherie das Mitergriffenwerden der Nase als eine äusserst böse Complication und ist die Menge des auf der grossen Schleimhautfläche producirten und resorbirten Giftes oft eine derartige geworden, dass der Organismus seiner Einwirkung erliegt. Die Lectüre des kurzen Capitels ist nur zu empfehlen. Als specielle Formen der primären Nasendiphtherie bespricht Verf. die bakteriologisch noch ungenügend erforschte Choanaldiphtherie und die Diphtherie der Säuglinge, welche nicht immer auf Infection mit dem Löffler'schen Bacillus beruht, sondern oft puerperal-septischer Natur ist.

H. Burger, Amsterdam.

b) I. **P. von Bruns** und **F. Hofmeister** (Tübingen). **Die angeborenen Missbildungen, Verletzungen und Erkrankungen des Kehlkopfes und der Luftröhre.** S.-A. aus d. Handbuch der pract. Chirurgie von E. von Bergmann, P. von Bruns, J. Mikulicz. Ferdinand Enke, Stuttgart.

II. **L. Réthi** (Wien). **Die Krankheiten des Kehlkopfes.** 2. umgearb. und vermehrte Aufl. Franz Deuticke, Leipzig u. Wien. 1901.

III. **R. Kayser** (Breslau). **Anleitung zur Diagnose und Therapie der Kehlkopf-, Nasen- und Ohrenkrankheiten.** S. Karger, Berlin 1901.

IV. **Theodor S. Flatau** (Berlin). **Die Prophylaxe der Hals- und Nasenkrankheiten.** S.-A. aus Nobiling-Jankau's Handbuch der Prophylaxe. Abth. VII. Seitz u. Schauer 1900.

Von den obengenannten vier Büchern ist jedes für die besonderen Bedürfnisse eines besonderes Publicums bestimmt. Die von P. von Bruns und F. Hofmeister herausgegebene Abhandlung verdankt ihr Entstehen den eigenartigen Bedingungen, unter denen zur Zeit noch die Laryngo-Rhinologie geradeso wie viele andere

Specialfächer stehen. Hier wie dort hört die Thätigkeit des Specialarztes auf, sobald ein von aussen her vorzunehmender chirurgischer Eingriff in Frage kommt. Seit einiger Zeit fangen allerdings die Oto- und Urologen an, sich von diesem Gebrauch loszusagen, auch an Laryngologen, die nach dieser Richtung hin bahnbrechend wirken, fehlt es nicht mehr. Die weitaus grosse Mehrzahl unserer engeren Fachgenossen bleibt aber heute noch in zahllosen Fällen auf die Hilfe des Chirurgen angewiesen, weil ihnen selbst die chirurgische Vorbildung fehlt, die zur Ausführung grösserer Eingriffe und zur Beherrschung eventuell eintretender Complicationen nothwendig ist. Und deshalb entspricht das v. Bruns-Hofmeister'sche Buch wohl einem Bedürfniss des Chirurgen, dem hier in übersichtlicher und geschickter Anordnung die für ihn wünschenswerthen Erfahrungen aus dem Gebiete der Halskrankheiten unterbreitet werden. Dass ein zu diesem Zweck geschaffenes Buch eine ganz andere Gestalt annehmen musste als die sonst üblichen Lehrbücher der Laryngologie, lag auf der Hand, aber die Gestalt, die es unter der Hand seiner beiden zur Bearbeitung dieses Grenzgebietes wohl ganz besonders berufenen Verfasser angenommen hat, verdient volle Anerkennung. In allen Capiteln wird kurz die Aetiologie, Pathologie und Symptomatologie besprochen, dann werden die therapeutischen Maassnahmen allgemeiner Natur und die per vias naturales vorzunehmenden Manipulationen erörtert, den Schluss bildet jedesmal die Besprechung der eventuell nothwendig werdenden chirurgischen Eingriffe, ihre Indicationen und ihre besondere Technik. So werden der Reihe nach abgehandelt die angeborenen Missbildungen, Laryngo- und Tracheocele; die Verletzungen (Commotio, Contusio, Luxationen, Fracturen, Wunden und Verbrennungen, Fremdkörper), Croup und Diphtherie, Oedem und Laryngitis. submucosa, Perichondritis, Tuberkulose, Syphilis, Aktinomykose, Sklerom, Stenosen, Fisteln, Neurosen und Tumoren. Den Schluss des Werkes bildet eine ausserordentlich sorgfältige Besprechung der Technik aller einschlägigen Operationen (Tracheotomie Décanulement, Laryngotomie und Larynxexstirpationen) und aller Eventualitäten, die dabei gelegentlich in Frage kommen können.

Mit dem Inhalt der einzelnen Capitel, insbesondere mit den therapeutischen Grundsätzen und mit der für das Eingreifen des Chirurgen festgelegten Grenzlinie, dürfen wir uns vom Standpunkt des Laryngologen wohl meist einverstanden erklären. Für Fracturen, Schuss- und Schnittwunden wird überall da, wo der Patient nicht unter dauernder ärztlicher Aufsicht bleiben kann, die präventive Tracheotomie verlangt. Für die Entfernung von Fremdkörpern jenseits des Kehlkopfes sehen die Verf. in dem chirurgischen Verfahren das souveräne Verfahren, die Erfolge, welche die Kirstein'sche Methode oder die Killian'sche Bronchoskopie gelegentlich aufzuweisen hat, werden nach der Autoren Meinung immer nur Ausnahmen bleiben. Die Grenzen der Intubation dürften von manchem Autor, der auf diesem Gebiet über grosse Erfahrung verfügt, wohl etwas weiter gesteckt werden, als es hier geschieht. Die Prognose bei den submucösen Laryngitiden, die mit Oedem oder Abscedirung einhergehen, sind wohl günstiger als es Hofmeister schildert; die Sestier'schen Angaben, auf die er sich stützt, ja selbst die Senator'schen, sind durch neuere Erfahrungen corrigirt worden. Der Mahnung, dass man jedem Patienten, der ein Oedem oder einen Abscess des Larynx aufweist,

unter Hinweis auf die Gefahr, in der er schwebt, zur Aufnahme in ein Krankenhaus rathen soll, ist gewiss beherzigenswerth, schon aus forensischen Gründen — immerhin darf man aber nicht vergessen, dass die meisten Patienten diesem Rath nicht nachkommen und dass der Erstickungstod bei einem leichtem Oedem oder einem scircumscripten Abscess eine grosse Seltenheit ist. Bei Papillomen bei Kindern warnt v. Bruns vor allzugrosser Activität; die endolaryngeale Behandlung maligner Kehlkopftumoren wird abgesehen von gewissen Ausnahmefällen, verworfen.

Das Réthi'sche Lehrbuch stellt die 2. Auflage seiner im Jahre 1900 erschienenen Arbeit dar. Dasselbe war, wie der Verf. in der Vorrede angiebt, nothwendig geworden, durch die Fortschritte, welche die Laryngologie in der neusten Zeit gemacht hat. Der Hauptschwierigkeit, die ein solch' kurzgefasstes Lehrbuch für praktische Aerzte und Studirende bietet, ist der Verfasser geschickt Herr geworden: er hat das, was für sein Lesepublicum wesentlich und unwesentlich war, in zweckentsprechender Weise zu scheiden gewusst und desshalb dürfte das klar und übersichtlich geschriebene Buch seiner Bestimmung gerecht werden.

Wieder einen anderen Charakter zeigt das Kayser'sche Buch, das auf ungefähr demselben Raum, wie das Réthi'sche, neben den Erkrankungen des Kehlkopfes auch noch die der Nase und der Ohren abhandelt. Der Verfasser will nur eine Anleitung in allerkürzester Form geben und demgemäss hat er die Anatomie und Physiologie überall fortgelassen; die Schilderungen der subjectiven Erscheinungen, der pathologischen Anatomie und des klinischen Verlaufes der einzelnen Erkrankungen ist dort, wo sie nicht ganz fehlt, mit wenigen Worten erledigt. So umfasst die Besprechung der Ulcerationen, der Tuberkulose und Syphilis des Kehlkopfes zusammen 6 Seiten, die der Geschwülste, gut- und bösartige, 3 Seiten. Das Instrumentarium und die Manipulationen, die bei den einzelnen Eingriffen vorgenommen werden, und die Therapie sind ausführlicher geschildert.

Der Verfasser beabsichtigte, wie er in seiner Vorrede angiebt, in seinem Buche einen Leitfaden für die praktische Thätigkeit zu schaffen, der das, was die Fortbildungscurse für praktische Aerzte bieten, fixiren soll — diese Aufgabe dürfte wohl als erfüllt anzusehen sein; ob hierfür ein Bedürfniss vorlag, das wagen wir nicht zu entscheiden — wünschen oder hoffen, wie es der Verfasser thut, möchten wir dieses Bedürfniss jedenfalls nicht; es scheint uns vielmehr im Interesse der Sache wünschenswerth, dass die praktischen Aerzte, die sich über irgend eine einschlägige Frage informiren wollen, das in einem Lehrbuch thäten, welches den Gegenstand etwas eingehender behandelt, als es ein Leitfaden seiner Natur nach thun kann.

Th. S. Flatau theilt seine Aufgabe, die Prophylaxe bei Hals- und Nasenkrankheiten zu bearbeiten, in 3 Abtheilungen. Erst bespricht er die Maassnahmen und Rücksichten, die zu nehmen sind, um die physiologischen Leistungen des Nasen-Rachens und des Kehlkopfes, sowie der in ihnen angebrachten Sinnesendorgane vor Schädigungen zu schützen. Hier werden die Störungen der Athmung und des Geruches und die der Sing- und Sprechstimme behandelt. Hieran schliesst sich die specielle Prophylaxe, die man bei den verschiedenen acuten und constitutionellen Erkrankungen zu üben hat und die Prophylaxe der Blutungen,

die wegen der mit ihnen gelegentlich verbundenen Lebensgefahr eine besondere Besprechung rechtfertigen. Die Wiedergabe von Einzelheiten, die aus der Eintheilung schon genügend erhellt, dürfte sich erübrigen; in ihrem allgemeinen Theil, besonders dort, wo sie sich mit den Störungen der Stimme nnd Sprache beschäftigt, bietet die Abhandlung manche Anregung. A. Kuttner.

---

c) Londoner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 3. März 1900.

Vorsitzender: F. de Havilland Hall.

Charles Heath: Ein Fall von Dyspepsie bei einer 31 jährigen Frau mit Atrophie der Nasen- und Rachenschleimhaut.

Gerade hinter dem oberen Rand der Choanen befanden sich auf beiden Seiten transversale elliptische Oeffnungen, die ungefähr $1/2$ Zoll lang und $1/5$ Zoll breit waren. Eine Sonde vermochte ungefähr $1/4$ Zoll einzudringen. Bei der Digitaluntersuchung konnte man den Grund der Höhlen nicht fühlen, da die Ränder zu wenig nachgaben.

William Hill ist der Ansicht, dass die Höhlen nur die Ueberbleibsel einer hypertrophischen Luschka'schen Tonsille darstellen.

Baber stimmt dem bei. Er vermag weder eine Knochengeschwulst, noch eine Nebenhöhle mit dem Finger zu fühlen.

Dundas Grant hält sie lediglich für ein Product von Adenoidadhäsionen.

Sir Felix Semon erkennt das nicht an. Die Richtung der Spalten, die parallel der Fossa verlaufen, ist derjenigen von Spalten, die von adenoiden Narben verursacht werden, durchaus unähnlich. Sie sind zudem ungleich tiefer als letztere, und wahrscheinlich ist dabei auch der Knochen betheiligt. Sie sind vielleicht ein Product von Entwickelungshemmung?

Spencer ist derselben Ansicht wie Semon und hält den Fall für sehr selten. Wahrscheinlich nimmt er seinen Ausgang von einem erweiterten Keilbeinsinus.

Scanes Spicer ist der Meinung, dass sich die Wandungen derselben sehr weich anfühlen, und dass der Zustand durch Stränge verursacht wird, die die Tonsillen mit dem Wulst der Eustachischen Röhre verbinden. Die Eingänge zu den Keilbeinhöhlen liegen einen guten halben Zoll weiter nach vorn.

St. Clair Thomson theilt Hill's Ansicht. Es besteht eine deutliche Eustachische Tonsille auf der Höhe des Wulstes, die das Dach der Höhlung berührt und die Oeffnung hervorgerufen hat.

Richard Lake sieht ihren Ursprung in der Bildung der Pharynxtonsille.

Heath besteht auf seiner Meinung, dass die Nebenhöhlen geschlossen hinter den Choanen liegen.

St. Clair Thomson: Ein Fall von Verstopfung eines Nasenlochs durch eine Highmorshöhlenaffection unbestimmten Charakters bei einer 23jährigen Frau.

Die Nasenverstopfung stellte sich vor ungefähr 4 Monaten nach acuten Gesichtsschmerzen ein. Das linke Nasenloch schien verstopft und die untere Muschel hypertrophisch. Bei der Durchleuchtung war kein Unterschied auf beiden Seiten zu sehen. Es befand sich kein Eiter in der Nase, und bei der Punction des Antrums durch die Alveolen konnte kein Zusammenhang mit der Nase constatirt werden. Das Antrum schien von einer weichen, verdickten Schleimhaut ausgekleidet.

de Santi hält den Fall für ein Highmorshöhlenempyem.

Dundas Grant ist der Ansicht, dass das Antrum wahrscheinlich durch eine Cyste erweitert ist.

Spencer hält den Fall für eine Hyperostose des Kiefers.

Fitzgerald Powell: Larynxtumor bei einem 25jährigen Mann.

Vor 4 Monaten stellte sich die Heiserkeit ein, die auf Alkoholismus und öffentliches Sprechen zurückgeführt wird. Bei der Untersuchung erwies sich der ganze Larynx roth und geschwollen, und es bestand eine gewisse Parese bei der Adduction. An der Vorderseite des rechten Stimmbandes befand sich eine Geschwulst, die mit breiter Basis von der Substanz des Stimmbandes ausging, das vorn, sowie hinten zum Theil frei war. Die Geschwulst hatte an Grösse etwas zugenommen.

Sir Felix Semon: Dieser Fall erinnert ihn lebhaft an einen ähnlichen, den er 1894 in der „Lancet" in seiner Abhandlung über maligne Erkrankungen des Larynx als Fall No. 12 beschrieben hat. Hier entsprang eine röthliche Geschwulst vom linken Stimmband und breitete sich langsam während 12monatlicher Beobachtung auf demselben aus; schliesslich war das ganze Stimmband verdickt und halb transparent. Seine Bewegungen wurden träge, und das Alter des Patienten (55 Jahre) liessen den Verdacht auf Malignität aufkommen, sodass Vortragender das ganze linke Stimmband entfernte. Mr. Shattock hielt die mikroskopischen Anhaltspunkte für unsicher und entweder für Fibrosarkom oder Fibroma molluscum sprechend. Semon hat schon bei 27jährigen Patienten Malignität beobachtet und drängt daher auf unverzügliche mikroskopische Untersuchung im vorliegenden Falle.

Sir Felix Semon: Pseudomembranöse Adhäsionen in der vorderen Commissur und symmetrische Verdickungen unter den vorderen Partien der Stimmbänder bei einem 27jährigen Manne (congenital?).

Der Fall stellt den geringsten Grad einer congenitalen Gewebsbildung zwischen und unter den Stimmbändern dar. Pat. litt von Jugend auf an einer extremen Schwäche der Stimme. Bei der ersten Untersuchung fand sich eine rothe, granulirte, längliche, bewegliche Geschwulst unter dem linken Stimmband,

ausgehend von dessen freiem Rande, etwa an der Grenze des vorderen und mittleren Drittels. Dieser Tumor legte sich über den vorderen Theil der Glottis. Er wurde mit der Zange entfernt und erwies sich als weiches Fibrom; die Stimme blieb schwach, und es stellte sich dann heraus, dass die Stimmbänder in ziemlicher Ausdehnung an der vorderen Commissur durch eine dazwischenliegende röthliche, granulirende Masse zusammenhingen; gleichzeitig dehnten sich von der vorderen Commissur her symmetrische Verdickungen der ganzen Länge der Stimmbänder nach und unter denselben aus, die Verdopplungen ähnlich sahen. Nach Entfernung von Partien der Gewebsmassen zwischen der Commissur, die viel weicher waren, als Vortr. sie in anderen Fällen congenitaler Adhäsionen zu beobachten Gelegenheit hatte, wurde die Stimme völlig normal. Es wurden nur kleine Stücke von der Gewebsmasse an der Commissur entfernt. Er lenkt die Aufmerksamkeit auf die Roth'sche Beobachtung, dass im Fötalstadium die beiden Kehlkopfhälften durch Epithelialgewebe zusammengehalten werden, die nach und nach verschwinden. In diesem Fall von Entwickelungshemmung war derartiges Epithelgewebe theilweise zurückgeblieben. Abgesehen von dem Seifert'schen Fall, wo 4 Mitglieder derselben Familie befallen waren, existiren keine ähnlichen Krankengeschichten.

Richard Lake: Ein Fall von bulböser Schwellung der mittleren Muschel.

Es handelt sich da um ein Mädchen mit ausgesprochener Verbreiterung der Nase bei bulböser Schwellung der mittleren Muschel.

Richard Lake: Geschwulst in der Arytaenoidregion bei einem 56 j. Manne.

Pat. klagte über Dysphagie, Otalgie und excessive Secretion von zähem Schleim. Es bestanden weder Verlust der Stimme noch irgendwie hervortretende Larynxsymptome. Der Pharynx war roth und geschwollen, der der Untersuchung schwer zugängliche Larynx wies eine weissliche durchscheinende Geschwulst unter der Spitze des linken Arytaenoidknorpels an seiner vorderen Fläche auf. Der grösste Theil dieser Geschwulst wurde entfernt und damit verschwanden die subjectiven Symptome. Die mikroskopische Untersuchung ergab: die den Tumor überkleidende Schleimhaut war erheblich verdünnt, und hob sich deutlich vom darunter liegenden Gewebe ab. Die Geschwulst bestand in der Hauptsache aus epitheloiden Zellen und die Gefässe verliefen vornehmlich in den Trabekeln.

Richard Lake: Vom Siebbein ausgehende Exostose.

Es handelt sich um eine Septumexostose, die an ihrer Spitze mit der mittleren Muschel adhärent ist.

Furniss Potter: Rachentumor, der den Larynx in Mitleidenschaft gezogen hat, bei einem 59 jährigen Manne.

Der linke aufsteigende Unterkieferast war bei dem Patienten vor 3 Jahren entfernt worden aus unbekannter Ursache. Gegenwärtig ist die linke Rachen-

region von einer harten tiefulcerirten Infiltration eingenommen, die sich nach abwärts bis zum Larynx erstreckt. Am Halse konnten zu beiden Seiten schlecht abgrenzbare Schwellungen gefühlt werden. Die Anamnese ergab keinen Anhaltspunkt für Syphilis. Unter Jodkalium trat eine subjective Besserung ein, aber es handelte sich doch wohl um eine maligne Geschwulst.

Der Vorsitzende empfiehlt steigende Dosen von Jodkalium, 1,2 g haben oft gute Wirkung, wo 0,9 g versagen.

L. A. Lawrence: Vorgeschrittene atrophische Rhinitis bei einem jungen Mädchen.

Es handelt sich um ein 14jähriges Mädchen, bei dem schon seit 3 Jahren eine deutliche atrophische Rhinitis besteht.

St. Clair Thomson macht bezüglich der Bakteriologie der Ozaena auf eine Simoni'sche Arbeit über dieses Thema aufmerksam.

Henry Davis: Eitrige Cyste der unteren Muscheln.

Eine 40jährige Frau klagt über Verstopfung der Nase. Das linke Nasenloch war von einer stark vergrösserten unteren Muschel ausgefüllt, die roth und schmerzhaft war und von harter Consistenz. Es wurde eine Incision vorgenommen und 7 ccm Eiter aus einer gänzlich von knöchernen Wänden umgebenen Cyste entleert. Später wurde die cystische Muschel stückweise entfernt. Seit der Operation war stets eine Eiterspur sichtbar am Rande der mittleren Muschel. Anzeichen für ein Sinusempyem waren nicht vorhanden.

Herbert Tilley stimmt mit dem Vortr. nicht überein. Die abgetragene Partie war der cystisch entartete vordere Theil der mittleren Muschel und das hintere Fragment stellte unfehlbar mittlere Muschel dar. Der Eiter und die Granulationen wiesen auf Erkrankung der vorderen Siebbeinzellen.

R. Lake stimmt darin mit Tilley überein.

Dundas Grant ebenfalls. Er ist der Ansicht, dass auch wahrscheinlich ein Stirnhöhlenempyem bestanden hat.

William Hill ist derselben Ansicht.

Davis bemerkt, dass seit der Operation vor etwa 14 Monaten die mittlere Muschel curettirt und von Polypen befreit worden ist. Es war ganz fraglos, dass die Cyste zur unteren Muschel gehörte und dass die mittlere Muschel gegen das Septum gedrängt war.

Baber ist Davis' Meinung und hält das Bestehen einer Antrumerkrankung für wahrscheinlich.

H. Davis: Extreme Hypertrophie der unteren Muscheln bei einem 13jährigen Knaben.

Es handelt sich um einen Bäckerjungen mit polypöser Hypertrophie. Nach der Behandlung mit Schlinge und Cauterisation trat bald wieder ein Recidiv ein. Es bestand Oedem der Nasenwurzel und constanter Kopfschmerz. Vordere Resection der Muscheln ist in Aussicht genommen.

Tilley dringt auf Operation des Falles.

Scanes Spicer hat in diesen Tagen den gleichen Fall bei einem 13 jährigen Mädchen operirt.

Dundas Grant. In diesen sowie in ähnlichen Fällen ist die Anwendung der Nasensäge wohl praktischer als die scheerenartigen Instrumente zur Entfernung der befallenen Partien.

Baber ist gleichfalls für die in Vorschlag gebrachte vordere Muschelresection.

Powell dringt darauf, dass in derartigen Fällen erst mit Galvanokauterisation ein Versuch gemacht werde, bevor man mit anderen Instrumenten eingreift.

Scanes Spicer: Ausgedehnte Ulceration des Halses.

Es handelt sich um einen 19jähr. Mann, der nie syphilitisch war, noch directe Zeichen tuberkulöser Erkrankung aufzuweisen hat. Die Erkrankung besteht seit 5 Jahren. Eine oberflächliche Ulceration, für Berührung nicht grade empfindlich, nahm die Oberfläche der Schleimhaut vom Nasenseptum über die seitlichen und hinteren Wandungen des Pharynx nach abwärts bis zu den Stimmbändern hin ein. Die Epiglottis war auch in Mitleidenschaft gezogen, nun aber vernarbt. Der weiche Gaumen war fast gänzlich zerstört. Der Rand der Ulceration war nicht erhöht und es waren keine typischen „Aepfelgélée"-ähnlichen Stellen zu sehen. Vortr. hatte die Diagnose per exclusionem auf Lupus gestellt.

Vorsitzender: Zeichen von congenitaler Syphilis fehlen. Er betrachtet den Fall als chronischen tuberkulösen Lupus.

R. Lake wird durch den Fall an die bereits beschriebene Syphiloscrophulose erinnert.

St. Clair Thomson empfiehlt einen Versuch mit dem alten Tuberkulin, welches bei intacten Lungen keinen Schaden anrichten kann.

Spencer sieht hier keinerlei Anzeichen von Tuberculose und empfiehlt die Anwendung von Antisyphiliticis.

Spicer ist der Ansicht, dass eine so langjährige Ulceration syphilitischen Ursprungs mehr Zerstörungen hätte anrichten müssen.

Sir Felix Semon schliesst sich der Ansicht des Vorsitzenden an. Die vernarbte Epiglottis spricht für Lupus, aber die Affection im Rachen macht die Diagnose zweifelhaft.

de Santi: Langdauernde Heiserkeit und Aphonie bei einem 13jährigen Mädchen.

Die Heiserkeit und die lispelnde Sprache bestehen schon, seit das Kind zu sprechen angefangen hat. Irgendwelche Erkrankung im Larynx oder sonstwo ist nicht nachzuweisen. Electricität und Valeriana waren ohne Wirkung.

Vorsitzender constatirt Verdickung und mangelnde Glätte des Taschenbandes.

Dundas Grant hebt das Bestehen einer evidenten eitrigen, chronischen Rhinitis hervor.

de Santi: der 22jährige Bruder des Kindes leidet an einem ungefähr ähnlichen Stimmdefect.

Lambert Lack vermeint eine deutliche ausgesprochene chronische Rhinitis zu sehen.

de Santi: Verlegung subdermaler Lymphbahnen im Gesichte mit Verdacht auf Stirn- und Highmorshöhlenerkrankung bei einer 22jährigen Frau.

Es besteht ein Oedem über der Stirnhöhle und beiden Augenlidern, und kein Anzeichen für irgend eine Nebenhöhlenerkrankung. Die Patientin führt die Erkrankung auf einen Fliegenstich vor 3 Monaten zurück.

Jobson Horne: Ein Fall von Ulceration des Larynx.

Ein 45jähriger Mann leidet seit 18 Monaten an Stimmschwäche, die in Aphonie ausging. Es bestanden dabei Schwellung am Halse verbunden mit Schmerzen. Keinerlei Anzeichen von Tuberculose.

Herbert Tilley: Ein Tumor des Nasenseptums.

Es handelt sich um eine 62jährige Frau, die eine dunkelrothe, breitgestielte Geschwulst auf der rechten Seite des Septums aufweist. Häufiges Nasenbluten. Der Entfernung derselben mit der Schlinge schliesst sich nach wenigen Stunden eine profuse Hämorrhagie an. Es tritt ein Recidiv ein und ein bohnengrosser Tumor bildet sich von neuem an dem Tuberculum septi.

Vorsitzender vermuthet ein Sarcom.

St. Clair Thomson denkt vielmehr an ein Fibroangiom der Nase. In einem Fall seiner eignen Erfahrung trat zweimal Recidiv ein; consequente Behandlung mit der Schlinge und dem Thermokauter führten jedoch zu vollständiger Heilung, die schon seit 2 Jahren anhält.

Tilley hält dafür, dass das langsam sich während 6 Monate ausbildende Recidiv nicht für Malignität spricht.

Charles Parker: Ein Fall von Pachydermia laryngis.

Ein 45jähriger Mann wurde mit Dyspnoe ins Spital eingeliefert. Die Anamnese ergiebt, dass vor 3 Jahren eine schwere Laryngitis bestanden hat. Eine ausgedehnte pachydermische Masse nimmt reichlich das hintere Drittel von jedem Stimmband ein. Es bestand jetzt ebenfalls eine acute Entzündung, aber die Pachydermie blieb auch nach deren Verschwinden unverändert.

Dundas Grant: Die Infiltration der umgebenden Gewebe um die im übrigen typischen pachydermischen Neubildungen führen zur Diagnose Tuberculose.

Scanes Spicer: Es handelt sich um typische Pachydermie. Dabei besteht eine deutliche Schwellung, Röthung und Prominenz der Taschenbänder ohne Anzeichen für Tuberculose.

R. Lake. Der schlechte Allgemeinzustand des Patienten legt doch den Verdacht auf Tuberkulose nahe. Die Massen sind für reine Pachydermie zu roth.

Parker erinnert an die Rolle der seither bei der Discussion kaum berührten acuten Entzündung.

Sitzung vom 7. Aril 1900.

Vorsitzender: F. de Havilland Hall.

Der Vorsitzende berichtet mit Bedauern von dem Verlust, den die Gesellschaft durch den Tod von Mac Neill Whistler erlitten hat.

Sir Felix Semon: Ein Fall von laryngealem (?) Pfeifen.

Es handelt sich dabei um einen Knaben von 13 Jahren, der von seiner Kindheit an ein eigenthümliches Pfeifen bei weit offenem Mund und Rachen hervorbringen kann. Dieses Geräusch konnte auch während einer gleichzeitigen laryngoskopischen Untersuchung producirt werden; dabei sah man denn die Epiglottis weit herabtreten und den grösseren Theil der Glottis verdecken; immerhin kann man mit Sicherheit wahrnehmen, dass die Innenfläche der Arytaenoidknorpel während der Production des Geräusches $1^1/_2$—2 mm weit offenbleiben· Irgend eine Anomalie von Seiten der Brust konnte nicht bemerkt werden. Es scheint sehr wahrscheinlich, dass der Ton im Kehlkopf entsteht.

Der Vorsitzende ist auch der Ansicht, dass der Ton im Larynx producirt wird.

Furniss Potter ist für eine Untersuchung bei tiefstem Stand der Epiglottis. Kann der Ton auch producirt werden, wenn die Epiglottis mit der Sonde angehoben wird?

Spencer: Der Ton wird auch unter den vom Vorredner betonten Umständen producirt.

Waggett fragt, ob Sir Felix Semon auch die Bifurcation zu Gesicht bekommen hat. Ist es nicht möglich, dass diese vogelartigen Töne etwa durch eine Einrichtung hervorgebracht werden, wie sie bei den Singvögeln besteht?

Bond berichtet von einem Mann, der eine aussergewöhnliche Macht über alle seine Halsmuskeln hatte und der mit dem Kehlkopf pfeifen konnte; dabei wurden die Töne durch Annäherung der aryepiglottischen Falten producirt, ohne Betheiligung der Epiglottis.

Sir Felix Semon ist nicht der Ansicht, dass die Epiglottis oder die aryepiglottischen Falten irgendwie an der Production des Tones theilnehmen. Nach seiner Vorstellung ist eine ungewöhnliche Beherrschung der Cricothyreoidmuskeln, die eine abnorme hohe Spannung der Stimmbänder hervorrufen, in Verbindung mit einer forcirten Exspiration, die Ursache dieser Tonproduction. Er vermochte nicht sehr tief in die Trachea hineinzusehen und muss somit Waggett's Frage unbeantwortet lassen.

Dundas Grant: Fall von Rhinosklerom.

Es handelt sich um eine 26jährige Frau, deren beide Nasenlöcher verstopft sind und deren Nasenspitze infolge eines röthlichen Tumors von etwa fibröser

Consistenz, hart und geschwollen ist. Es besteht eine Desquamation am Gaumensegel und die Uvula war zerstört. Der Finger fühlt eine feste, horizontale Gewebsbrücke quer über dem oberen Rand der Choanen. Es wurden Milchsäureapplicationen vorgenommen. Dr. George Reid hat dabei den typischen Kapselbacillus finden können.

Der Vorsitzende weist auf die grosse Seltenheit dieser Fälle in London hin.

Spencer fragt nach anamnestischen Anhaltspunkten für Contagion oder Heredität.

Sir Felix Semon erinnert an einen Fall, den er in den Pathological Societys Transactions publicirt hat. In diesem Fall prominirten zwei harte, rothe, halbkugelige Tumoren aus den Nasenlöchern. Das Gaumensegel verhielt sich ähnlich wie im vorliegenden Fall. Die Behandlung mit dem Thermokauter hatte nur vorübergehenden Erfolg.

St. Clair Thomson: Bei den Fällen, die Th. in Wien gesehen hat, war das Gaumensegel weniger beweglich, als im vorliegenden Fall, auch kam das Rhinosklerom nicht so vollständig zur Heilung und die lederartige Verdickung war stärker.

Dundas Grant: Der Gaumen blieb unter der Behandlung unverändert: irgendwelches ätiologische Moment in der Anamnese war nicht vorhanden. Es wurden Culturen angelegt, welche durchaus mit denen bei Rhinosklerom übereinstimmten und Diplobacillen mit ausserordentlich grossen Kapseln aufwiesen.

Dundas Grant: Präparat von einem aus dem Larynx entfernten Sarkom.

Patientin ist eine 49jährige Frau. Als sie im Februar in Behandlung kam, litt sie schon seit 6 Monaten an Heiserkeit und seit 2 Monaten an Stridor. Keine Dysphagie. Es bestand eine ausgesprochene Hervorwölbung des rechten Flügels der Schilddrüse und unter dem rechten Stimmband war eine runde, ungestielte Geschwulst zu sehen. Das linke Stimmband war unbeweglich und durch das Taschenband verdeckt, sowie die linke Hälfte des Vestibulum deutlich geschwollen. Es wurde unter genauer Beobachtung eine antisyphilitische Behandlung eingeleitet, aber ohne dass wirkliche Besserung eintrat. Die Diagnose wurde auf malignen Tumor gestellt und der Kehlkopf unter Assistenz von Lake völlig entfernt. Nun schritt die Heilung schnell fort.

Das demonstrirte Präparat zeigte ausser dem runden Tumor auf der rechten Seite eine viel grössere Geschwulst unter dem linken Stimmband, die bei der laryngoskopischen Untersuchung nicht zu sehen war.

Die Untersuchung ergab wohlausgeprägtes Sarkom, das vorwiegend vom Perichondrium der rechten Seite ausging.

St. Clair Thomson: Fall von hypertrophischer Laryngitis infolge von hereditärer Syphilis bei einem Mädchen mit gleichzeitigen Recessus im Naso-pharynx, die durch restirende Luschka'sche Tonsillen und den Eustachi'schen Wulst verursacht werden.

Vortr. erinnert dabei an den von Heath in einer früheren Sitzung vorgestellten Fall. Die Kehlkopferkrankung war hier ebenso interessant, weil sie zu denen gehörte, bei welchen die antisyphilitische Behandlung kein gutes Resultat erzielt.

Herbert Tilley: 6 Fälle von Stirnhöhlenempyem.

An 5 von diesen Fällen wurde Radicaloperation ausgeführt. Drei von den Fällen waren bilateral und einer wurde doppelseitig operirt.

In 3 Fällen wurde die Luc'sche Tube nach der Operation eingelegt. Nach der Ansicht des Vortr. hängt der Erfolg davon ab, dass auf folgende Punkte sorgfältig geachtet wird: 1. Entfernung des vorderen Endes der mittleren Muschel und aller chronischen Entzündungsproducte im mittleren Meatus, bevor man zur äusseren Operation schreitet. 2. Freilegung der Passage in der Nase. 3. Sorgfältiges Curettement der erkrankten Schleimhaut mit nachfolgender Gazepackung, bis gesundes Granulationsgewebe auftritt. Die Incisionsnarbe gerade unter der Augenbraue war kaum bemerkbar.

Der sechste Fall wies eine Schwellung der vorderen Wand der linken Sinus auf. Bei der nachfolgenden Operation trat eine sehr ausgedehnte Erweiterung des Sinus zu Tage.

Watson Williams: In wie vielen dieser Fälle waren die Frontoethmoidalzellen betheiligt. Die chirurgischen und kosmetischen Resultate sind ausgezeichnet.

Fitzgerald Powell zollt dem Operateur seine Anerkennung. Schlechte Resultate sind seiner Ansicht nach auf übermässiges Ausschaben der hinteren Wand zurückzuführen.

Waggett fragt, ob die Schleimhautauskleidung der Höhle entfernt worden ist.

Dundas Grant betont die Gefahr einer Trochlearis- oder M. obliquus superior-Verletzung.

Lambert Lack pflegt gewöhnlich den Ansatz vom M. superior obliquus loszulösen und hat dabei niemals Diplopie beobachtet.

Tilley beantwortet die Fragen dahin, dass er stets die vordere Wand des Sinus eröffnet und das Orbitaldach intact lässt. Er hält es für gewagt, die äussere Wunde unmittelbar durch Naht zu schliessen, da mindestens 7 Fälle von septischer Phlebitis der Diploevenen bekannt sind. Derartige üble Zufälle sind kaum zu erwarten, wenn freie Drainage durch Oeffnung nach aussen wie nach der Nase möglich ist. Er curettirt gewöhnlich, bis alle Granulationen und ersichtlich erkrankten Gewebe entfernt sind, aber eine gewisse Schicht der auskleidenden Schleimhaut soll zurückgelassen werden. Temporärer Strabismus ist nicht ungewöhnlich, verschwindet aber nach 7—14 Tagen. In welcher Ausdehnung die vordere Wand entfernt wird, das hängt davon ab, wie gross die Höhle ist.

Herbert Tilley: Abnorm pulsirendes Pharynxgefäss.

Es handelt sich um ein Mädchen mit vergrösserten Tonsillen und Adenoiden, das eine grosse pulsirende Arterie, wohl eine aufsteigende Pharyngealarterie, hinter dem rechten hinteren Gaumenbogen aufweist.

Spencer sieht hierin keine Gefahr für ein Curettement, da die Carotis etwa $^1/_2$ Zoll entfernt liegt und die Pulsation mitgetheilt ist.

Robinson hält eine Gefahr bei der Operation für ausgeschlossen.

Herbert Tilley: Präparat von einem in der letzten Sitzung demonstrirten Angiosarkom.

Die mikroskopische Untersuchung von Dr. Jobson Horne ergab diese Diagnose.

Charters Symonds: Oesophagusstrictur unter 12 monatlicher Sondenbehandlung.

Es handelt sich um einen 63 jährigen Mann, der schon ein Jahr lang vor der ersten Untersuchung Symptome der Erkrankung aufwies. 13 Zoll hinter der Zahnreihe besteht eine Strictur, die die Sonde No. 12 noch passiren lässt. Eine 4 Zoll Sonde wird eingelegt. 3 Tage nach Entfernung der Sonde tritt wieder eine vollkommne Verlegung ein. Während der letzten 8 Monate blieb eine kurze Sonde ohne Beschwerden liegen, wobei der Patient seine Arbeit verrichten und auch feinzerkleinerte Speisen aufzunehmen vermochte. Die interessantesten Punkte des Falles sind: die lange Dauer von 2 Jahren bei einer offenbar malignen, wohl sarkomatösen Strictur. Die weitgehende Erleichterung des Patienten. Die Haltbarkeit der Sonde und der Seide, die vor den Zähnen durch eine Kautschuküberkleidung geschützt war.

Der Vorsitzende erkennt an, dass es Symonds gelungen ist, seinen Patienten bei anscheinend vollkommener Gesundheit zu halten.

Spencer: Fall von ausgedehnter Necrose nach Nasenpolypen und Sinuserkrankung.

Der Fall betrifft eine 40 jährige Frau mit langwierigen Eiterungen der Highmorshöhle, der Siebbein- und Stirnhöhle. Die Conjunctiva wurde durch den Thränennasengang inficirt. An der vorderen Fissura sphenoidalis kam man auf necrotischen Knochen.

Macleod Yearsley: Maligne Erkrankung des Rachens und Kehlkopfes.

Es handelt sich um einen Fall von ausgedehnter Erkrankung, die auch die Zungenbasis in Mitleidenschaft gezogen hatte, und zwar bei einer älteren Frau.

Dundas Grant: Ein Fall von Ulceration der Tonsillen unklaren Ursprungs.

Eine 39 jähr. Frau litt seit einigen Wochen an Halsschmerzen. Die linke Tonsille war geschwollen und opak. Einige unregelmässige trübe Flecken fanden sich auch auf der rechten Tonsille. Die linke Tonsille erwies sich bei der Betastung als besonders hart. Hinter dem linken Unterkieferwinkel bestanden seit 3 Wochen Drüsenschwellungen. Später wurde auch die rechte Halsseite empfindlich und geschwollen und das Haar begann auszufallen. Patientin ernährte vor 3 Monaten ein „Sechsmonatskind“, welches an Erythem der Nates litt und nur 14 Tage lang lebte. Vortr. nimmt primär syphilitische Infection der

linken Tonsille an mit nachfolgenden Plaques auf den Tonsillen. Die Patientin fühlte schon in einer Woche nach Beginn einer Quecksilberbehandlung Erleichterung, aber die Erscheinungen wurden nicht weiter beeinflusst.

Roughton: Ein Fall, bei welchem die Entfernung der Tracheotomiekanüle grosse Schwierigkeiten machte.

Ein 5 jähriges Mädchen hatte seit 4 Monaten eine Kanüle getragen und es war nunmehr eine complete Obstruction des Larynx eingetreten.

Der Vorsitzende erinnerte an den von Bernard Pitt in der Medical Society of London (December 1890) vorgetragenen Fall.

Dundas Grant hat unlängst einen derartigen Fall operirt, indem er nach aufwärts incidirte, soweit die Strictur reichte bis zur Höhe des Ringknorpels. Er legte eine Intubationstube von unten her ein und vernähte die Wunde wieder. Das Resultat darnach ist noch unbekannt.

Davis betont, dass in der grossen Mehrzahl der Fälle diese Schwierigkeit der Kanülenentfernung mit der Anwesenheit von Adenoiden zusammenhängt. Auch in diesem Fall sind sie vorhanden. Wo die Adenoiden beseitigt worden sind, kann nach seinen Erfahrungen die Kanüle mit Leichtigkeit entfernt werden.

Lambert Lack erinnert an einen von ihm demonstrirten Fall, wo ein Kind eine Intubationstube, die zur Erweiterung einer Strictur eingelegt war, nicht ertragen konnte. Alle Dilatationsinstrumente müssen längere Zeit liegen bleiben. Er hält es für am zweckmässigsten, eine Tube anzuwenden oder noch besser einen massiven Pflock, der von der Tracheotomiewunde aus eingelegt wird.

Spencer. Man muss das fibröse Gewebe und die Granulationen beseitigen und dann eine T-förmige Kanüle einlegen, die leichter entfernt werden kann. Die nach aussen führende Kanüle kann nach Belieben geschlossen und so das Kind allmälig an die laryngeale Athmung gewöhnt werden.

Scanes Spicer: Zur Diagnose eines Kehlkopffalles.

Derselbe betrifft einen Knaben, der vor 2 Monaten ein ungestieltes Papillom in der Mitte des linken Stimmbands aufwies bei gleichzeitigen multipen Papillomen der Hand, des Arms und des Körpers. Ein Salicylsäure-Alkoholspray beseitigte das Kehlkopf-Papillom völlig nach 4maliger Anwendung. Trotzdem blieb die Stimme heiser, das rechte Stimmband bewegte sich ungleichmässig, die Taschenbänder wurden roth und starrer und es trat nun eine Verdickung der Interarytaenoidregion auf. Es fragte sich nun, waren diese Neuerscheinungen ein Anzeichen dafür, dass sich die Papillome weiter ausdehnten, dass sich eine tuberkulöse Erkrankung entwickelte, oder aber waren sie das Resultat der Salicylsäurebehandlung, welche jetzt 6 Wochen lang ausgesetzt wurde?

Der Vorsitzende ist der Meinung, dass der Milchsäurespray den Reizzustand aufrecht erhalten könne, und empfiehlt die Anwendung von Arsenik, welches einen wunderbaren Erfolg bei der Beseitigung von Hautwarzen aufweise.

Spencer constatirt vergrösserte Cervicaldrüsen, die möglicherweise tuberkulös sind.

Sttzung am 5. Mai 1900.

Vorsitzender: Sir Felix Semon.

Logan Turner: Präparat von acutem Larynxödem.

Dasselbe stammt von einem 34jährigen Mann, der seit einigen Monaten an Heiserkeit, aber niemals an Dyspnoe gelitten hatte. Plötzlich traten Athembeschwerden ein, die den Tod zur Folge hatten, noch ehe ein chirurgisches Eingreifen möglich war.

Die Autopsie ergab Lungentuberkulose, extremes Oedem der aryepiglottischen Falten, der Arytaenoidregion und der Taschenbänder. Die Epiglottis war intact. Beide Stimmbänder und ein Taschenband waren stark ulcerirt. Der Fall hat Interesse als Larynxtuberkulose mit plötzlichem, tödtlichem Ausgang.

Sir Felix Semon hat bisher niemals eine genuine ödematöse Infiltration, wie im vorliegendon Falle von Tuberkulose, gesehen.

Waggett berichtet von einem Fall von plötzlichem und unerwartetem Tod durch Asphyxie in Folge von Oedem bei einer Frau, die an Larynxtuberkulose mit Myxödem litt. In den voraufgehenden Tagen war eine Thyreoidbehandlung eingeleitet worden.

Herbert Tilley erwähnt einen Fall, wo ein junges Mädchen mit Larynxtuberkulose plötzlich an Larynxödem verstarb.

Watson Williams hat zwei Fälle von richtigem, localisirtem Oedem bei Kehlkopftuberkulose gesehen, das jedoch nicht schwer genug war, um einen tödtlichen Ausgang zu verursachen.

Turner. Die Literatur der letzten 12 Jahre erweist die grosse Seltenheit dieser Affection.

Stephen Paget u. Pasteur: Fall von Trachealstenose.

Es handelt sich um einen 19jährigen Mann mit vergrösserter Schilddrüse und seitlicher Abplattung der Trachea. Paget ist der Ansicht, dass eine congenitale Missbildung und nicht der Druck der Schilddrüse den Grund der Stenose abgiebt.

Dundas Grant bezieht die typische, säbelscheidenförmige Verengerung auf Druckwirkung.

Watson Williams sah kürzlich einen ganz ähnlichen Fall von Säbelscheidenform der Trachea, die, wie auch im vorliegenden Fall, auf Druck durch die Schilddrüse zu beziehen war.

Fitzgerald Powell hatte unlängst Gelegenheit gehabt, diese eigenthümliche säbelscheidenförmige Trachea nach operativer Entfernung des Isthmus und des rechten Lappens einer cystischen Struma zu beobachten. Die Operation hat die Stenose völlig beseitigt.

Bronner hat 3 Fälle beobachtet, in welchen transversale fibröse Stränge die Trachealstenose hervorgerufen hatten. Bei Gegenwart von derartigen Strängen kann schon eine sehr kleine Struma Dyspnoe machen.

Acland (eingeführt durch Watson Williams): Neue Instrumente zur Behandlung des Kieferhöhlenempyems.

Das Wesentliche des Instrumentes ist eine Metallröhre von der Form einer Hohlschraube. Dieselbe wird durch den Alveolus eingeschraubt und bleibt während der Behandlung in situ liegen. Sie wird durch eine besondere Vorrichtung eingeführt, die wie ein Schraubenzieher wirkt, und kann durch einen Verschluss abgeschlossen werden; die Kieferhöhle wird dann mit einer Zweiwegkanüle irrigirt. Der Apparat ist in einigen Fällen mit Erfolg angewandt worden, indem die Extraction, das Einbohren und Einlegen der Röhre unter Narkose gemacht wird.

Watson Williams hat das Instrument ebenfalls mit Erfolg benützt und hält viel davon.

Dundas Grant hält den Apparat da für werthvoll, wo die Retention einer Kanüle angezeigt ist, was jedoch keineswegs immer der Fall ist.

Fitzgerald Powell befürwortet den Gebrauch von weiten Kanülen (Silbercatheter 12—14) und Curettement der Höhle nach der Perforation.

Watson Williams: Eine neue universelle Larynxzange.

Das Wesen des Instrumentes liegt darin, dass der eine Zangenarm fixirt ist.

Jobson Horne: Entzündung von Schleimhautkrypten in einem umschriebenen Recessus im Dach des Nasopharynx als Ausgangspunkt für Ohrenleiden und andere Krankheitszustände.

Ein 25jähriger Mann klagte seit 3 bis 4 Monaten über Schmerzen im Ohr wie von einer Eiterung bei gleichzeitiger Schwerhörigkeit. Es fanden sich kleine rundliche Krypten oder Vertiefungen in dem Nasenrachenraumdach, direct über den Tubenwülsten. Eine davon wies auf der schmerzhaften Seite Eiter nnd entzündliche Ränder auf. Die Erscheinungen verschwanden unter der Anwendung von Antisepticis. Es wurden anatomische Präparate zur Demonstration solcher Kryptenbildungen vorgeführt, die sich eher bei älteren mageren Personen vorfinden. Sie entstehen durch Buchtungen der Schleimhaut zwischen Strängen des unterliegenden fibrösen Gewebes.

S. Clair Thomson behauptet, dass derartige Krypten gewöhnlich Reste von Luschka'schen Tonsillen und Adhäsionen der Tubenwülste darstellen.

Lambert Lack: Entfernung eines Gardinenringes aus dem Pharynx eines 9jährigen Kindes.

Es handelte sich dabei um einen gewöhnlichen Gardinenring aus Messing von $1^1/_2$ Zoll Durchmesser. Der obere Rand lag frei in dem Postnasalraum und der untere ebenso in dem unteren Pharynx hinter den Arytaenoidknorpeln. Die Seitentheile des Ringes waren tief eingebettet in die Schleimhaut der seitlichen Pharynxwand. In Chloroformnarkose wurde die obere Portion des Ringes nach vorne gezogen, die untere durchschnitten und dann im Ganzen mühelos entfernt. Das Kind hatte im Alter von 9 Monaten, d. h. vor 8 Jahren, den Ring verschluckt und erfreute sich im Uebrigen guter Gesundheit.

Lambert Lack: 2 Fälle von Nasenpolypen mit einer neuen Ra-

dicalmethode behandelt. Mikroskopische Präparate des entfernten Knochens.

1. Eine junge Frau leidet seit 3—4 Monaten an Ausfluss aus der Nase. Die Polypen werden ohne Schwierigkeit entfernt und in Narkose zahlreiche Polypen und lose Knochenstücke mit dem Meyer'schen Ringmesser hervorgeholt. Im Siebbein wurde eine grosse Höhle ausgeräumt. Die Heilung war vollständig. Die Operation ist vor 18 Monaten ausgeführt worden. — 2. Eine Frau leidet seit vielen Jahren an Polypen und hat schon zahlreiche Operationen, jedoch immer nur mit vorübergehendem Erfolge durchgemacht. Vor 8 Tagen ist fast das ganze Siebbein auf beiden Seiten, mit Ausnahme der Lamina cribrosa uud papyracea, entfernt worden. Die Operation wurde mit dem Ringmesser in der Narkose ausgeführt. Der Patientin geht es heute gut.

Die Präparate lassen erkennen, dass es sich um eine rareficirende Ostitis des Knochens handelte. Das Periost war stark verdickt, vornehmlich in den tiefsten Schichten. Die Oberfläche des Knochens zeigte kleine Vertiefungen, die mit Osteoclasten ausgefüllt waren. Die Knochenzellen waren grösser und zahlreicher als normal. An manchen Stellen waren kleine Knochenfragmente isolirt.

Waggett hebt die Thatsache hervor, dass in vorgeschrittenen Fällen von Polypen ein Zustand von rareficirender Ostitis eintritt, wobei der Knochen dermaassen arm an Kalksalzen wird, dass er biegsam und transparent erscheint.

Parker hat ebenfalls derartige Operationen mit ausgezeichnetem Erfolge ausgeführt und glaubt, dass die Entfernung des grösseren Theiles vom Siebbein in Fällen von multiplen Polypen mit Eiterung indicirt ist. Bei Anwendung des Meyer'schen Ringmessers besteht keinerlei weitere Gefahr dabei. Die Operation kann mit einem kleineren Ringmesser vervollständigt werden.

Scanes Spicer hat ebenfalls excellente Resultate mit dieser Methode zu verzeichnen.

Dundas Grant ist der Ansicht, dass die Gelegenheit für derartige Radicaleingriffe selten ist, und dass ausgezeichnete Dauerresultate auch mit schonenderen Methoden zu erzielen seien.

Permewan hebt hervor, dass die Einwände, die man gegen diesen energischen Eingriff erheben kann, zweierlei sind: 1. die beträchtliche Gefahr, die er mit sich bringt, 2. die Ungewissheit, ob alles erkrankte Gewebe auch wirklich entfernt worden ist; dass letzteres in den demonstrirten Fällen wirklich erreicht wurde, bezweifelt er.

Der Vorsitzende hebt hervor, dass die bemessene Zeit eine gründliche Discussion in dieser Sitzung nicht zulässt und empfiehlt dem wichtigen Gegenstande eine besondere Sitzung zu widmen. Seiner Ansicht nach müsse zunächst die Frage der Entstehung der Nasenpolypen und besonders ihre Beziehung zu Knochenerkrankungen entschieden werden, ehe man eine so weitgehende Operation, wie die von Lack vorgeschlagene, zum Range einer typischen erheben dürfe.

Lack erwiedert, dass die Resultate von über 50 derartigen Operationen ihm auf die Frage über die Beziehung der Polypen zu den Knochenerkrankungen eine entschiedene Antwort geben. Wo Polypen entfernt werden, und der Knochen

zurückbleibt, recidiviren die Polypen, wo Knochen sammt Polypen entfernt werden, tritt kein Recidiv auf. In hartnäckigen Fällen erweist sich die Schlingenbehandlung der Polypen als wirkungslos. In weniger schweren Fällen ist sie zuweilen erfolgreich, aber gerade hier wird der Kranke durch die Radicaloperationen vor den häufig wiederholten unangenehmen Eingriffen verschont. Diese Operation ist nach seiner Erfahrung nicht von gefährlichen Folgen begleitet und ihre Gefahr nicht grösser, als alle hier angewandten zahllosen zerstückelnden Operationsmethoden zusammengenommen.

Herbert Tilley: Ein Fall von chronischer Siebbeinentzündung, die eine sogenannte „Furchung" (cleavage) der mittleren Muschel vortäuscht.

En handelte sich um einen Fall, in welchem ein geschwollener Schleimhautwulst aussen an der mitleren Muschel auftrat. Eiterung war in diesem Falle nicht vorhanden. Wo eine solche besteht, deutet das auf eitrige Erkrankung der Kieferhöhle.

Edward Law: Ein Fall von Kehlkopfulceration.

Seit 13 Monaten bestand bei dem Patienten Heiserkeit; eine tiefgehende, zerklüftete Ulceration nimmt den linken oberen Rand der Epiglottis ein. Der ganze Larynx ist roth und geschwollen und die linke Seite in ihren Bewegungen beeinträchtigt. Nach einer Jodkaliumcur fand sich, dass die Ulceration die halbe Epiglottis zerstört hatte, während die linke Larynxhälfte fast völlig unbeweglich war. L. vermuthete eine maligne Erkrankung.

Der Vorsitzende stimmte der Diagnose auf maligne Erkrankung bei.

Scanes Spicer ist der Ansicht, dass die ausgedehnte oberflächliche Ulceration ohne erhebliche Infiltration vielmehr für Syphilis spricht.

Herbert Tilley hält die Abwesenheit von palpablen Indurationen für einen Grund, der gegen maligne Erkrankung spricht.

Lack tritt für maligne Natur der Erkrankung ein.

Der Vorsitzende betont, unter Hinweis auf den Einwand eines augenscheinlich guten Allgemeinzustandes bei dem Kranken, die Thatsache, dass ein guter Gesundheitszustand keineswegs eine ausgedehnte maligne Larynxerkrankung ausschliesse.

Fitzgerald Powell: Ein Fall von Ulceration der Epiglottis.

Es handelt sich um einen 44jährigen Mann mit Schwellung und auf die Epiglottis localisirter Ulceration, sowie einer vergrösserten cervicalen Lymphdrüse.

Horne vermuthet Tuberculose.

Henry Davis: Vergrösserung der Zungentonsille bei einer 39jährigen Frau mit secundärer Syphilis.

Es liegt eine ausgedehnte Ulceration der Rachentonsillen in einem schweren Falle von secundärer Syphilis vor; die Zungentonsille ist stark entzündlich geschwollen, aber nicht ulcerirt. Das secundäre Exanthem besteht noch.

Dundas Grant: Geschwulst am Halse mit gleichzeitigem Oedem einer aryepiglottischen Falte.

Ein harter, aber freibeweglicher Tumor läuft mit seiner Längsaxe der Jugularvene parallel und stösst an den Schildknorpel. Er hat sich im Lauf von 8 Monaten entwickelt. Einige vereinzelte cervicale Lymphdrüsen sind geschwollen. Die seitliche Pharynxwand ist vorgetrieben, die Fossa hyoidea verstrichen und zugleich ein leichtes Oedem der entsprechenden aryepiglottischen Falte wahrnehmbar. Die innere Palpation brachte keine weitere Aufklärung.

Spencer ist der Ansicht, dass eine Ulceration der seitlichen Fossa hyoidea besteht, und dass das kränkliche Aussehen des Patienten für Tuberkulose spricht.

Dundas Grant: Ein auffallend schnell entwickelter Tumor zwischen und unter den Stimmbändern bei gleichzeitiger Heiserkeit.

Ein 66jähr. Mann hatte eine blasse, granulirte, unregelmässige Geschwulst, die die Gegend der vorderen Commissur einnahm. Zugleich fand sich eine zweifelhafte Schwellung der Halslymphdrüsen. Es wurde eine Probeexision beabsichtigt.

Spencer hält die Geschwulst für bösartig. Ihr Sitz macht eine unilaterale Operation unmöglich.

Furniss Potter: Ein Fall von pharyngealer und laryngealer Geschwulstbildung mit Präparaten von einem excidirten Stück (demonstrirt in der Märzsitzung).

Bei dem Patienten war unter Jodkaliumbehandlung eine zweifellose Besserung eingetreten. Bezüglich der Genese des Tumors waren seinerzeit auseinandergehende Meinungen laut geworden. Das Präparat wurde dem Comité für krankhafte Geschwülste überwiesen.

Kelson: Ein Fall von Larynxtumor.

Ein kleiner opalescenter Tumor sass dem Stimmband auf, verhinderte die Näherung desselben, und verursachte seit 3 Jahren Stimmverlust.

Spencer befürwortet seine Entfernung mittelst einer kleinen Incision durch die Cricothyroidmembran.

Es machten sich divergirende Auffassungen bezüglich des Sitzes der Geschwulst zum Rand des Stimmbands geltend.

Wyatt Wingrave: Ein Fall von bilateraler Abductorenlähmung.

Patientin war vor 3 Monaten plötzlich spontan erkrankt. Anfälle von Dyspnoe und Dysphagie führten sie ins Spital. Das Gaumensegel war fast unbeweglich, der Constrictor pharyngis paretisch, die schlaffen und unbeweglichen Stimmbänder liessen nur einen schmalen Spalt offen. Die Empfindlichkeit an diesen Stellen war etwas herabgesetzt. Es bestand kein Tremor der Zunge, keine Abnormität der Knie- und Pupillenreflexe. Irgend ein Anzeichen für intrathoracische Erkrankung fehlte.

Der Vorsitzende räth zur Anwendung von Jodpräparaten.

Dundas Grant hält eine Hämorrhagie für die mögliche Ursache der plötzlichen Erkrankung.

Davis (für Paget): Ein Fall von Ulceration des Larynx.

Es handelt sich um einen Fall von vernachlässigter Syphilis.

Herbert Tilley: Ein Fall von Radicaloperation bei chronischem Stirnhöhlenempyem.

In diesem unlängst demonstrirten Fall bestanden ausgesprochener eitriger Ausfluss und polypöse Wucherungen, begleitet von Hervorwölbung der frontalen Wand der linken Stirnhöhle. Die rechte Seite schien normal. Bei der Operation von aussen her fand sich eine sehr erweiterte Stirnhöhle, die mit Eiter und polypös entarteter Schleimhaut erfüllt war. Das Septum war perforirt, und die rechte Stirnhöhle wurde infolge der grossen Ausdehnung der linken übersehen. Eine Woche später wurde auch die rechte von der Stirn aus eröffnet. Beiderseits wurde frei nach der Nase hin drainirt, unter Verwendung von Kautschukdrains; dann wurde mit Gaze tamponirt und nachher die äussere Wunde bis auf eine kleine Oeffnung für die Drainirung vernäht. Zur Reinigung wurden Borspülungen vorgenommen. Nach einem Monat wurde der Patient aus der Spitalbehandlung mit einer geringfügigen Narbe und ohne Eiterung entlassen.

Die interessanten Punkte dabei waren: 1. die grossen Stirnhöhlen in so jugendlichem Alter, 2. die Ausbuchtung der äusseren Wand der linken Stirnhöhle, 3. die Perforation des Septums, 4. vollkommene Abwesenheit von Eiter in der rechten Nasenhälfte, obgleich der rechte Sinus voll von Eiter und Entzündungsprodukten war.

Der Vorsitzende spricht Tilley seine Anerkennung zu dem ausgezeichneten Resultat im vorliegenden Fall aus.

Sitzung vom 1. Juni 1900.

Vorsitzender: F. de Havilland Hall.

W. H. Aikin: Stimmresonatoren.

Vortr. sprach nur kurz über den Gegenstand, der in den Verhandlungen der British Medical Association (Ipswich 1900) ausführlich erscheinen wird.

Walker Downie: Primäres Sarkom der Tonsille bei einer 50jährigen Frau. Erfolgreiche Entfernung durch den Mund.

Schon im Januar 1899 war eine an Grösse zunehmende Geschwulst der rechten Tonsille bemerkt worden, aber Vortr. hatte erst im August desselben Jahres Gelegenheit, die Kranke zu sehen; jetzt war der Tumor bereits wallnussgross, dunkelroth, fühlte sich fest an und war stellenweise ulcerirt. Er war freibeweglich und von Drüsenschwellungen nichts zu bemerken. Es wurde die Enucleation mittelst Scheere und Fingernagel vorgenommen. Die Blutung war nicht besonders gross. Bericht von A. R. Fergusson: „Die Zellen sind gross, spindelförmig und einkernig, dabei zahlreiche unregelmässige grosse Rundzellen; In-

filtration des noch restirenden Tonsillengewebes mit einzelnen oder kleinen Häufchen dieser Zellen zu beobachten."

Während der folgenden 9 Monate war noch kein Recidiv eingetreten.

Butlin: Perichondritis laryngis infolge von Einführung oder Verweilen einer Sonde im Oesophagus.

Ein 29jähriger Mann mit primärer Oesophagusdilatation wurde von D. mit Dauersonde aus vulkanisirtem Kautschuk behandelt. 6 Wochen nach ihrer Einführung wurde die Sonde durch Erbrechen herausgeschleudert und wieder von Neuem eingelegt. Am nächsten Morgen machte sich eine gewisse Dyspnoe bemerklich. Eine Woche später wurde eine weiche Sonde eingeführt, aber die Dyspnoe stellte sich wieder ein und machte eine Tracheotomie nothwendig. Es bestanden Oedem und Röthung im Larynx, infolge von Perichondritis, die sich noch vorfand.

C. A. Parker: Fall von Radicaloperation von Nasenpolypen.

Bei einem 30jährigen Manne waren schon in der letzten Zeit zahlreiche Operationen mit der Schlinge ausgeführt worden, jedoch immer nur mit vorübergehender Besserung. Vor 8 Monaten entfernte nun Vortr. die mittlere Muschel und die Siebbeinzellen mit endgültiger Heilung, so weit es sich wenigstens bis heute beurtheilen lässt.

In Beantwortung einer Anfrage setzt Lambert Lack auseinander, dass diese Operation die Entfernung aller erkrankten Knochentheile in der Ethmoidalregion bezweckt. Es wird ein Ringmesser benutzt, und wo man auf gesunden Knochen kommt, kann er an seiner Consistenz erkannt werden.

Baber, Butlin und der Vorsitzende betonten die Gefahr, die eine derartige Operation in ungeübten Händen mit sich bringt.

Lack hat sich erst nach der Ausführung von ca. 60 derartigen Operationen von einer gewissen Scheu freimachen können. Er hat sogar Theile der Orbita entfernt und dabei nur temporäre starke Blutung gesehen.

Herbert Tilley: Fall von Heilung eines chronischen Stirnhöhlenempyems durch Radicaloperation von aussen.

Die Erscheinungen von Ausfluss und Kopfschmerzen, die seit 3 Jahren bestanden, hörten mit der Operation auf.

Herbert Tilley: Ein Fall von gleichzeitigem Stirn- und Kieferhöhlenempyem mit starker Erweiterung des Nasenrückens.

Es handelte sich hier um einen Fall von multipler Nebenhöhlenentzündung, die zu äusserer Deformität führte. Die Stirnhöhle konnte durch den Stirnnasengang irrigirt werden.

Waggett: Ein Fall von Larynxverschluss bei Typhus.

Während des Typhusfiebers vor 2 Monaten war die Tracheotomie ausgeführt worden. Die ganze Gegend des hinteren Ringknorpels befand sich in einem Zustande voluminösen blassen Oedemes, welches sich auch in geringerer Intensität in dem

Vestibulum verbreitete. In der Gegend eines jeden Processus vocalis war eine prominente Granulation zu sehen, aber eine typische Ulceration war, wenn überhaupt vorhanden, jedenfalls nicht festzustellen, und mit der Sonde nirgends eine Fistel zu finden.

Ist es hier zweckmässig zu incidiren und den Sequester zu entfernen?

Der Vorsitzende berichtet von einem Fall, in welchem acute Laryngitis einem Typhus vorausging.

Clifford Beale hat in letzter Zeit besonders auf den Larynx beim Typhus geachtet, aber keinen einzigen Fall von Ulceration gefunden. Einfache, allgemeine Hyperämie war der gewöhnliche Befund, und daneben waren mehrere Fälle von Epiglottisschwellung zu beobachten. Er betrachtet jedenfalls Ulceration hier zu Lande als seltene Complication.

In der Erwiderung an Jobson Horne bemerkt Waggett, dass der unsicheren Anamnese nach die Dyspnoe spät in dem Verlauf des Typhus aufgetreten ist. Er hat weder klinische noch bakteriologische Anzeichen für Tuberculose entdecken können. Wenn mit der Sonde eine nachträgliche Nekrose ausfindig zu machen sei, müsste der Sequester nach seiner Ansicht nach Ausführung einer Thyrotomie entfernt werden.

Dundas Grant stimmt dem bei.

Dundas Grant: Vollständige Entfernung des Larynx wegen Sarkoms bei einer 49jährigen Frau.

Das Präparat und die Krankengeschichte sind bereits in den Verhandlungen vom 7. April besprochen.

Die Operation wurde am 3. März ausgeführt, und bisher ist kein Recidiv aufgetreten. Nur eine spaltförmige Fistel unter dem Zungenbein ist noch zurückgeblieben, und Vortr. hat die Absicht sie durch eine plastische Operation zu schliessen.

Dundas Grant: Tonsillenulceration unbekannten Ursprungs. (Specifisch?).

Es handelt sich um den am 7. April demonstrirten Fall. Es war primäre und secundäre Syphilis diagnosticirt worden und unter Quecksilberbehandlung ging nun die Heilung — wenngleich sie auch noch nicht vollständig ist — von statten.

Dundas Grant: Tuberkulöser Tumor unter dem Stimmband im Larynx bei einem älteren Mann.

Der Fall ist am 4. Mai demonstrirt worden. Ein zur Diagnose excidirtes Stück wies Tuberkelbacillen auf und typische Tuberkel. Das einzige Anzeichen für eine Lungenaffection war eine Dämpfung über der rechten Spitze.

Bergin (für Lake): Präparat von einer Ulceration der Stimmbänder der Taschenbänder und der Interarytaenoid-Region.

Dasselbe stammt aus der Leiche eines 52jähriges Mannes, bei dem vorgeschrittene Tuberkulose und Dysphagie seit 2 Jahren bestanden hatte.

Waggett: Ein Fall von Larynxcarcinom.

Es handelte sich um ein inoperables Carcinom der Epiglottis und Zungenbasis mit Freilassung der Glottis.

Waggett: Ein Fall, in welchem das Orificium der Keilbeinhöhle sichtbar ist.

Ein Patient mit vorgeschrittener atrophischer Rhinitis, der schon kürzlich zur Discussion gebracht war. An demselben lässt sich demonstriren, dass die Keilbeinhöhlenmündung in dem vorderen Theil der Höhle liegt und nicht in der Nasenrachenwölbung.

Hamilton Burt: Tuberkulöse Laryngitis bei einem 29jährigen Mann.

Ein Fall von Ulceration des Larynx, ausgehend von einer primären Pharynxulceration. Syphilitische Infection wird zwar abgeleugnet aber durch erfolgreiche Jodkaliumbehandlung erwiesen.

Lambert Lack: Erweiterung der Kieferhöhle bei einem 20jährigen Mann.

Es besteht eine erhebliche Erweiterung der linken Kieferhöhle, die das linke Auge verdrängt, und die linke Nasenhälfte verlegt. Die Durchleuchtung ergab gleiche Schatten auf beiden Seiten. In der rechten Nasenhälfte fand sich ein Polyp, aber Eiter war nicht vorhanden. Irrigation der Kieferhöhle förderte ebenfalls keinen Eiter zu Tage. Die Höhle war offen und mit gewöhnlichen Nasenpolypen erfüllt, die für die Durchleuchtung durchgängig waren.

Dundas Grant weist auf das Interessante des Falles hin, dass er nämlich beweist, dass die Transparenz bei der Durchleuchtung noch nicht für Cyste spricht.

Baber betont die Bedeutung einer Abstufung der Durchleuchtung.

Fitzgerald Powell: Cyste an der Zungenbasis bei einem dreijährigen Kinde.

Butlin constatirt, dass man eine solche Cyste ohne gleichzeitiges Schilddrüsengewebe nur selten zu sehen bekommt. Er befürwortet Entfernung mit der heissen Schlinge.

Herbert Tilley: Ein Fall von gestielter Tonsille.

Ein Theil der rechten Tonsille schien mit einem Stiel aus der Supratonsillargrube hervorzuwachsen. Auf der linken Seite fand sich eine breite flache Tonsille, z. Th. aus kleinen gestielten Massen bestehend.

Der Vorsitzende ist der Ansicht, dass hier Papillome vorliegen.

Waggett verfügt über einen ähnlichen Fall, in welchem das Gewebe bei der mikroskopischen Untersuchung die gewöhnliche Tonsillenstructur zeigte.

Fitzgerald Powell und Jobson Horne sind der Ansicht, dass sich Papillome herausstellen werden.

Edward Law: Lupus in der Nase einer 35jährigen Frau.

Sowohl der hintere Rand des Septums, als auch die vorderen Nasenlöcher waren ergriffen. Ist es möglich die Erkrankung wirksam auf dem Wege von hinten her in Angriff zu nehmen?

Waggett hat einen derartigen Fall durch Auskratzung zur Heilung gebracht, indem er sich vor Beginn der Operation genau über den Sitz der Erkrankung orientirte. E. R. Waggett.

---

d) Berliner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 11. Mai 1900.

Peyser: Ein Fall von Pharynxanomalie.

Bei dem 29jährigen Patienten ist die rechte Seite des Velum stärker entwickelt als die linke und nicht an der normalen Stelle, sondern mit dem vorderen Gaumenbogen hinter dem Proc. alveol. des Oberkiefers angeheftet. Ausserdem ist die rechte Seite so nach hinten gedreht, dass die Tonsille und der hintere Gaumenbogen im Nasenrachenraum liegen, aus dem die Mandel deutlich hervorsieht. Die freiliegende rechte Seite der hinteren Pharynxwand zeigt eine breite Vertiefung, die zum Tubenostium führt. Keine Narben. Jedenfalls hat ein während des fötalen Lebens bestehender lokaler Druck irgendwelcher Art die Entwickelung dieses Schiefstandes herbeigeführt. — Ferner zeigt P. ein 17jähriges Mädchen mit Offenbleiben eines Ganges am Dorsum des Nasenrachenraums, in den die Sonde etwa 1,5 cm eindringt, genau in der Medianlinie etwa 1 cm über dem Septum. Das Lumen ist etwa 2 mm lang und 1 mm breit. Vielleicht handelt es sich um ein Offenbleiben des Ductus cranio-pharyngeus, vielleicht führt der Gang in den Recess. med.

Alexander stellt einen 17jährigen Maler vor, der vor 2 Jahren einen Ausschlag über den ganzen Körper bekam; vor 4 Monaten wurde ihm eine Achseldrüse entfernt, und 3 Wochen später zeigte sich wieder ein Ausschlag am ganzen Körper, der nach abermals 5 Wochen sich auch unter der Zunge und im Rachen localisirte.

Man sieht jetzt in der gerötheten Schleimhaut des Velum z. Th. confluirende grauweisse Auflagerungen und blutende Stellen am harten Gaumen; auf den Tonsillen finden sich ebenfalls Beläge, ferner an der hinteren Rachenwand, im Nasenrachen und an der Epiglottis, die etwas infiltrirt aussieht. Weiter sind ergriffen die Sin. pyriform., die Zungenbasis. Jodkali verschlimmerte den Zustand. Ein jetzt auftretender Hautausschlag wurde von dermatologischer Seite als Acne necrotica bezeichnet. Auf Arsenik trat Besserung ein. Nach 1 Monat zeigte sich am Palat. dur. eine erbsengrosse Blase und an der Lippenschleimhaut mehrere von Stecknadelspitzgrösse. Die Umgebung der Blasen röthete sich, die Blasen platzten, und auf ihrem Grunde sah man dann einen fibrinösen Belag. A. glaubt diese Erkrankung in die pemphigösen Processe einreihen zu können.

In einem zweiten vor einigen Jahren von A. Rosenberg vorgestellten und heute wieder demonstrirten Falle finden sich dieselben Veränderungen an der Epiglottis.

A. Rosenberg zweifelt in beiden Fällen nicht an der Richtigkeit der Diagnose: Pemphigus, da sie mit mehreren in der Literatur niedergelegten Fällen von Pemphigus vollkommen übereinstimmen.

Landgraf demonstrirt einen Patienten mit einem halbwallnussgrossen Tumor an der linken Seite der hinteren Rachenwand, der schmerzlos und weich ist und über den sich die Schleimhaut verschieben lässt; die Punction derselben ergab nur Blut. Er hält die Geschwulst für eine aberrirende Struma.

Landgraf: Bemerkungen zu einem Fall von Aortenaneurysma.

Im Frühjahr 1898 erkrankte L.'s Pat. an Husten, der sich bald verlor; im Anschluss daran wurde er kurzathmig, bekam Schwindel und Herzklopfen; am 10. Juli trat ganz plötzlich Heiserkeit auf, die sich nach Stimmgebrauch steigerte. Ueber dem Thorax hörte man Pfeifen und Schnurren; Spitzenstoss im 6. Intercostalraum, Dämpfung über dem Manubrium sterni und jederseits 1 Finger breit über dasselbe hinaus; Pulsation. Linker Radialpuls kaum fühlbar, ebenso der Puls der linken Subclavia und der linken Temporalis. Linkes Stimmband vollständig gelähmt. Es handelte sich also um ein Aortenaneurysma mit linksseitiger Recurrenslähmung. Von Mitte September an wurde die Stimme unter Anwendung von Ruhe, Jodnatrium und Elektrisirung von Tag zu Tag besser. Am 26. September hatte Pat. nach tiefen Athemzügen ein Schmerzgefühl durch die Brust und war am nächsten Tage vollkommen freiathmig, weil durch die tiefen Respirationen die Trachea von dem Drucke des Aneurysma befreit worden. Am 8. October steht das linke Stimmband nahe der Mittellinie, am 6. November ist es frei beweglich. Pat. ist seitdem gesund.

Es ist schon lange bekannt, dass die Druckerscheinungen des Recurrens schwanken können und eine Lähmung desselben heilen kann. Kuttner beobachtete einen Patienten mit Aneurysma und linksseitiger Posticuslähmung, bei dem innerhalb der letzten vierzehn Tage seiner Beobachtung das Stimmband nach aussen hin beweglicher wurde.

Sitzung vom 22. Juni 1900.

Lüders zeigt ein Präparat mit einer Zweitheilung der Keilbeinhöhle; die beiden Theile liegen übereinander und jede Etage hat für sich einen besonderen Ausführungsgang.

B. Fränkel macht darauf aufmerksam, dass er in seinem Atlas eine zweigetheilte Keilbeinhöhle abgebildet hat.

Brühl hält die eine Höhle in dem Lüders'schen Präparate für eine heraufgeschobene obere Siebbeinzelle.

Flatau sah ein ähnliches Präparat im Berliner anatomischen Institut.

Peltesohn zeigt von ihm construirte Sonde, Pinsel und Aetzmittelträger für Kehlkopf und Nasenrachen.

A. Rosenberg: Muskel und Knorpel in Tonsillen.

Im Centrum einer hyperkeratotischen Tonsille fanden sich in den binde-

gewebigen Fortsätzen der Kapsel Muskelbündel; es haben sich wohl von den an die Mandelkapsel herantretenden Muskeln einige Fasern in die Bindegewebssepten vorgeschoben.

In derselben Tonsille fanden sich und zwar ebenfalls in den rein bindegewebigen Theilen des Mandelgewebes hyaline Knorpelherde. Gegen die Auffassung, dass dieselben fötalen Entwicklungsstörungen ihr Dasein verdanken, spricht der Umstand, dass die erste Entwicklung der Tonsille erst im 4.—5. Monat beginnt, zu einer Zeit, wo von Kiemenbögen wenig oder nichts mehr vorhanden. Weiter findet sich der Knorpel nur in den rein bindegewebigen Theilen der Mandel nie im adenoiden Gewebe, und ausserdem handelt es sich um viele kleine Herde (bis zu 10). In einer zweiten Tonsille fanden sich 2 grössere Herde im Bindegewebe; hier kann man den Uebergang derselben in Knorpel erkennen. Die Bindegewebsfasern lockern sich auf und lassen ihre Zellen hervortreten; die Fasern quellen auf, bilden ein Netzwerk, dessen Maschen die Knorpelkapseln werden, in denen die Zellen liegen; diese sind aus der spindeligen in eine mehr polygonale Form übergegangen. Unter 10 Tonsillen fanden sich in 3 Knochenherde.

Peltesohn: Zur Therapie der Rhinitis fibrinosa.

Bei einem grossen Kindermaterial hat P. nie eine Infection von Person zu Person gesehen. Einmal wandte er ohne Erfolg Heilserum an.

Wenn man dagegen stündlich einen mit 0,04 proc. Hydrarg. cyan.-Lösung getränkten Wattebausch in die erkrankte Nase einlegt, so wird die Exsudation bald dünnflüssig und in einigen, spätestens 8 Tagen ist das Kind gesund.

Peyser. Wenn in einer Familie Diphtherie herrscht, erkrankt auch einmal ein Kind derselben an Rhinit. fibrin.; ihr Erreger ist der Diphtheriebacillus, wenn er auch hier eine geringere Virulenz besitzt.

Meyer. Rhinitis fibrinosa sieht man nicht selten im Verlaufe einer Diphtherieepidemie; zweifelhaft ist die Infection von Person zu Person; zuweilen erkranken aber auch zwei Geschwister gleichzeitig daran. Neben der Nasenerkrankung finden sich manchmal auch fibrinöse Beläge auf den Tonsillen. In den letzten von ihm beobachteten 14 Fällen fand M. immer Diphtheriebacillen. Uebrigens kommt diese Erkrankung auch noch im Alter von 16—20 Jahren vor.

Flatau spricht sich für eine klinische Trennung der Diphtherie der Nase und der Rhinit. fibrin. aus; eine ulcerative Synechie der unteren Muschel mit dem Septum tritt wohl nach Diphtherie, aber nicht nach der fibrinösen Rhinitis auf.

Meyer fand einmal bei letzterer Erkrankung eine Ulceration an der unteren Muschel.

A. Rosenberg möchte klinisch ebenfalls Diphtherie und Rhinit. fibrinosa getrennt wissen; manche Fälle von Angina lacunaris weisen in ihrem Secrete auch Diphtheriebacillen auf, ohne aber klinisch sich als Diphtherie zu geriren.

Peltesohn. Diphtherie und Rhinit. fibrin. sind klinisch verschieden, der Verlauf der letzteren ist immer derselbe, ob sich Bacillen finden oder nicht.

Sturmann zeigt eine Patientin mit Tuberculomen der Nasenschleimhaut (Septum und untere Muschel) und eine zweite mit Doppelbildung der unteren Muscheln.

Sturmann berichtet weiter über den vor einigen Monaten vorgestellten Fall von Rhinosklerom. Es hat das culturelle Material zu Impfversuchen an Mäusen benutzt; eine blieb gesund, die andere ging an Collaps ein. Ihre Milz war stark geschwollen und zeigte mikroskopisch viele vacuolisirte Zellen mit grossen Mengen intracellulär gelegener Stäbchen. Aus dem Milzsafte und dem Blute hergestellte Culturen zeigen alle Eigenschaften der ursprünglich vom Rhinoskleromkranken entnommenen.

Die einige Wochen durchgeführte Bougirung des Kehlkopfes hat ein auffallendes Zurückgehen der Infiltrate bei dem Pat. bewirkt.

Sitzung vom 26. October 1900.

Heymann zeigt eine 50jähr. Pat. mit einem bohnengrossen in der Mitte der Zunge gestielt aufsitzenden, einem Papillom äusserlich durchaus ähnlichem Tumor, der seit 5 Monaten bestand.

E. Meyer sah 2 Jahre nach der Exstirpation eine ganz ähnliche Geschwulst der Zunge ein Recidiv eines grossen Tumors.

Lublinski operirte einen ebensolchen Fall mit dauerndem Erfolge; in zweiten besteht das Papillom schon 20 Jahre.

Treitel sah bei einem Kinde ein Papillom der Zunge am Uebergange in den vorderen Gaumenbogen.

E. Meyer behandelte 2 Geschwister mit Rhinitis fibrinosa; es war denselben eine Angina fibrinosa resp. retronasal. voraufgegangen. Es fanden sich, wie die Impfung eines Meerschweinchens erwies, vollvirulente Diphtheriebacillen in der Nase.

Lublinski. Man soll mit der Diagnose: Rhinit. fibrinosa sehr vorsichtig sein, da es sich fast immer um Diphtherie handelt. Bei einem an Rhinit. fibrinosa erkrankten Knaben stellte sich 8 Tage nach seiner Genesung Rachen- und Kehlkopfdiphtherie ein. Der fibrinösen Entzündung der Nasenschleimhaut geht oft eine Rachendacherkrankung voraus.

B. Lewy beseitigte bei einer nervösen Frau die reflexneurotischen Beschwerden, nachdem die Entfernung von Polypen an der mittleren Muschel erfolglos geblieben war, erst nach partieller Entfernung der hyperplastischen unteren Muscheln; in diesen fanden sich auffallend reichlich Nervenfasern, von denen einzelne varicös verändert waren.

Ferner zeigte er Präparate von Nasenpolypen mit Charcot-Leyden'schen Krystallen, die er für cadaveröse Erscheinungen hält, Fettkörnchenzellen, eosinophilen Körnchen und hyalinen Ablagerungen. Diese fand er auch in einem malignen Adenom, ebenso wie in allen pathologischen Wucherungen der Mucosa der Nase, auch in der normalen Nasenschleimhaut.

Röhr: Ueber Lues hereditaria tarda des Larynx im Kindesalter.

Bei einem 13jähr., bis dahin gesunden Mädchen finden sich Narben im Pharynx, partielle Verwachsung des Velum mit der hinteren Rachenwand, Defect an der Epiglottis, Granulationstumor am rechten Taschenbande. — In dem zweiten Falle traten die ersten Zeichen von Lues im 11. Lebensjahre auf; Infiltration

und Ulceration vorne am Septum, Hutchinson'sche Zähne, Defect an der Epiglottis, Granulationstumor im linken Ventrikel und an der hinteren Wand; Geschwür am rechten Oberarm, Inguinal-, Cubital-, Submental- und Cervicaldrüsen indolent geschwollen. — Inunctionscur, Jodkali, örtlich Calomel. Langsame Besserung.

R. bespricht die Differentialdiagnose besonders gegenüber Tuberculose und Lupus; für Lues tarda hereditaria spricht u. A. der Sitz der Erkrankung an der Epiglottis und das Auftreten derselben in der warzigen, papillären Form.

In beiden Fällen war der Process im Larynx einseitig.

Manchmal zeigt derselbe wenig Tendenz zur Heilung, während die übrigen specifischen Erscheinungen prompt schwinden, wie in Fall 2.

Sitzung vom 16. November 1900.

Flatau zeigt das Präparat eines prallen, ziemlich harten Tumors, den er einem Patienten aus der Nase entfernt hat, und der beim ersten Anblick den Eindruck einer Knochenblase machte. — Bei einem zweiten Patienten, den er vorstellt und bei dem neben Athemnoth sich Vergesslichkeit und Denkfaulheit bemerkbar machte, fand er einen die rechte Choane ausfüllenden Tumor von dem Aussehen eines Schleimpolypen. Vor demselben sassen noch einige Polypen, ausserdem war die Nase sehr eng. Da es nicht gelang, die Chonalgeschwulst mittelst der Schlinge zu fassen, so sah er sich genöthigt, die vergrösserte untere Muschel vorher zu reseciren. Dann liess sich der Tumor relativ leicht mit der Schlinge fassen.

Schötz glaubt, dass in diesem Falle die Anwendung des Hakens gleich den gewünschten Erfolg gebracht hätte.

Flatau berichtet sodann über einen Pat. mit totaler Verwachsung des Velum mit der hinteren Rachenwand; nach Trennung der Synechie zeigte sich als Ursache der immer noch bestehenden Nasenstenose ein häutiger Choanalverschluss, den er operativ beseitigte.

Lublinski zeigt an seiner Wangenschleimhaut stecknadelkopf- bis linsengrosse gelbe Fleckchen, die, wie hier, so gewöhnlich und mit Vorliebe an der Interdental- aber auch an der Lippenschleimhaut sitzen und sich weich anfühlen. Sie machen meist keine Beschwerden und sind auch gewöhnlich nicht mit entzündlichen Erscheinungen vorgesellschaftet. Sie stellen Talgdrüsen dar, wie er an einem mikroskopischen Präparat erweist.

Schötz und Brühl haben diese Affection häufiger gesehen.

A. Rosenberg zeigt eine von oben nach unten schneidende Kehlkopfzange vor, die ihm bei der Entfernung kleiner Geschwülste (Sängerknötchen u. a.) aus dem Kehlkopfe gute Dienste geleistet.

P. Heymann theilt mit, dass die mikroskopische Untersuchung des in der vorigen Sitzung vorgestellten Zungentumors die Diagnose „Papillom“ verificirt habe.

Treitel zeigt eine Warze von der Nasenscheidewand; die Pat. hatte auch

Warzen an den Schamlippen und dem Damm und einer Hand, so dass die Möglichkeit einer infectiösen Uebertragung auf die Nase denkbar ist.

Lennhoff zeigt das Präparat eines Zungenbasis-Kehlkopfcarcinoms von einem 60jähr. Pat. Dasselbe hatte die linke Seite der Fauces ergriffen, bewegte sich bei der Athmung hin und her und verdeckte, von der Epiglottis entspringend, den Larynxeingang.

Flatau: Ueber die Verwendung des Phonographen in der Pathologie und Therapie der Stimme.

Die phonographische Methode lässt sich jetzt verwerthen zu 1. weitere Erforschung der Stimmstörungen, 2. Fixirung therapeutischer Resultate, 3. für den klinischen Unterricht.

Dazu gehört: die Grenzen der Verwendbarkeit und das Umgehen mit dem Apparat zu studiren und unter gleichen Bedingungen gewonnene graphische Denkmale unter bestimmten Cautelen zu Erkennungs- und Vergleichszwecken zu reproduciren.

F. giebt die Ergebnisse seiner Erfahrung auf diesem Gebiete und erläutert sie durch Demonstrationen. Er bespricht die verschiedenen Membranarten, die Auslese und Vorprüfung des Walzenmaterials, die Geschwindigkeitsmessung und die Schallleiter für Aufnahme und Abgabe. Er demonstrirt eine eigene Vorrichtung für vocale Aufnahme und betont die grundsätzliche Nothwendigkeit verschiedene Constructionen für beide Zwecke.

Die nächste Etappe sei nicht die Verwerthung der Methode für die articulatorischen Vorgänge — denn auch die besten Phonographen seien Stammler —; dagegen seien die bisher noch nicht correct erlangte Gewinnung von Copieen geschickter Walzen, die Erreichung brauchbarer plastischer Vergrösserungen und damit die Lesbarkeit der wunderbaren Stimmschrift die Probleme, deren Lösung zunächst anzustreben und zu erwarten sei. A. Rosenberg.

---

e) Gesellschaft Ungarischer Ohren- und Kehlkopfärzte.

IV. Sitzung vom 10. und V. Sitzung vom 31. Mai 1900.

Vorsitzender: Hr. v. Navratil.
Secretär: Hr. Polyák.

Némai: Operation von Wolfsrachen.

Den Defect des harten Gaumens unberührt lassend, wurden nur die zwei schmalen Segel des weichen Gaumens freigelegt, die Seitenmuskulatur durchschnitten und nach Ablösung durch Nähte vereinigt. Heilung in 10 Tagen. Der Defect des harten Gaumens mit Obturator gedeckt.

Némai: Kehlkopftuberculose in spontaner Heilung begriffen.

Bei einem 27 Jahre alten Manne Heilung nach 4jähriger Andauer, die Infiltrate verschwanden, Geschwüre vernarbt. Auch der Lungenzustand hat sich gebessert.

v. Navratil: Fall von Mund- und Rachenstenose.

41 Jahre alt, Feldarbeiterin. In der rechten Hälfte der Nase narbige Veränderungen. Der rückwärtige Theil der Zunge zu beiden Seiten mit den Rachenbögen, letztere in ihrer ganzen Breite an die rückwärtige Rachenwand mittelst narbiger Stränge eng verwachsen. Der Racheneingang nur für den kleinen Finger durchgängig. Larynx, soweit sichtbar, normal; links die subglottische Schleimhaut geschwollen. Wegen Athembeschwerden wurde gleich nach der Aufnahme die Tracheotomie gemacht. Vortr. gedenkt die Zunge von ihren narbigen Wucherungen zu lösen und die Strictur mit seinem Dilatator zu erweitern.

v. Navratil: Fall von Chorditis vocalis inferior hypertrophica.

13 J. Student, seit 6 Monaten schweres Athmen. Unter den Stimmbändern beiderseits ist ein gelblich-weisser Strang sichtbar, mit glatter Oberfläche, nicht hart, verläuft parallel mit den Stimmbändern und im hinteren Theile durch eine Brücke vereinigt. Die Stimmritze ist dadurch beträchtlich verengt. Die Dilatation während 6 Wochen mittelst O'Dwyer'schen Tuben erzielte gute Erfolge, die Anschwellung bis auf eine kleine Verdickung unter dem rechten Stimmbande verschwunden.

v. Navratil: Operirter Fall von Kehlkopfsclerom.

Bei dem, schon in der III. Sitzung (22. März 1900) vorgestellten Kranken versuchte er die anempfohlene Erweiterung durch Anwendung von O'Dwyer'schen Tuben, aber ohne Erfolg. Die Stenosenerscheinungen wurden immer heftiger, so zwar, dass die Tracheotomie dringend nöthig ward. Die nach der Tracheotomie wieder versuchten Dilatationsversuche blieben ebenfalls erfolglos. Jetzt machte Vortr. die Laryngofission und entfernte das am unteren Theil der Larynx bilateral aufsitzende sehr harte Sclerom. Am 17. Tage nach der Operation ist jezt der Larynx zugeheilt, die Stimme verständlich: der Kranke kann schon tagsüber bei verschlossener Canüle durch den Mund athmen.

Baumgarten: Ein Fall von Rhinosclerom.

Patient, 44 Jahre alt, aus Budapest. Dies ist der erste Fall, dass in Budapest ein Rhinosclerom vorgekommen ist. Patient wurde vor einem halben Jahre operirt. Jetzt Recidive. Die sichtbaren Scleromknoten wurden abgetragen.

Baumgarten: Pachydermia laryngis.

Die Veränderungen sind derartig ausgebreitet, dass sie sogar bis zur vorderen Commissur reichen. Die linksseitige Wulstumwandung liegt höher als auf der rechten Seite, weshalb man diesen Fall eher zur Erklärung der Fränkel'schen Theorie verwenden kann, als zur Stütze der Virchow'schen Anschauung.

Baumgarten: Lupus laryngis.

Patient leidet seit Jahren an Nasenlupus. Der Kehldeckel infiltrirt, aber man sieht nirgends Zerfall oder Knötchenbildung. Patient wird im Gesicht mit Röntgenstrahlen behandelt. Scarification der Epiglottis mit nachträglicher Milchsäure-Pinselung. Brustorgane gesund, im Sputum keine Bacillen.

Baumgarten: Epitheliom des harten Gaumens. Operation.

Der 54 Jahre alte Patient leidet seit Jahren an benigner Leukoplakie, in letzterer Zeit bildete sich eine schmerzhafte, thalergrosse, runde, vorwölbende Geschwulst am harten Gaumen. Lues wird geleugnet. Mikroskopische Untersuchung giebt keine präcise, für Malignität sprechende Aufklärung. Unter Jodkaligebrauch vorübergehende Besserung. Vor einigen Wochen wurde wegen schneller Verbreitung die Radicaloperation vollführt. Die Geschwulst sammt Periost entfernt. Beträchtliche Blutung. Rasche Heilung; seither keine Recidive. v. Navratil.

---

f) Verhandlungen des Dänischen oto-laryngologischen Vereins.

Sitzung am 21. April 1900.

Buhl stellte einen Pat. mit Lues am Rachen vor. Der Vater des 23jähr. Pat. starb, als er einige dreissig Jahre alt war, im Irrenhause, vermuthlich an Syphilis. Der Pat. selbst leugnet Genitalaffectionen. Im November 1897 bekam er Diphtheritis. Als sich der Belag abgestossen hatte, sah man, dem Platze der Tonsillen entsprechend, grosse kraterförmige Ulcerationen und zu gleicher Zeit auf dem behaarten Theile des Kopfes und am rechten Oberarm vereinzelte Ulcerationen. Nach dem Gebrauche von Sol. Kali jodat. heilten die Wunden im Halse, wogegen die Hautaffection sich ausbreitete. Im Jahre 1898 wurde er mit Sassaparillecur und 25 Inunctionen behandelt und geheilt. Im Mai 1898 wieder eine neue Eruption, welche abermals mit Sassaparille- und Inunctionscuren mit gutem Resultat behandelt wurde. Kurz darnach wieder neue Eruption. Arbeitsunfähig. Im Januar dieses Jahres mit Sol. Kali jodat. innerlich behandelt und Xeroform als Streupulver auf die Wunden. In drei Wochen heilten alle Hunden. Buhl erlaubt sich die Diagnose „Syphilis hereditaria tarda“ zu stellen.

G. Kjaer stellte einen Pat. mit Tumor maxillae superioris vor. Der 14 Jahre alte Pat. ist früher gesund gewesen und wurde im Juli 1897 von einer Weberschütze unter dem linken Auge getroffen. Im folgenden Winter merkte der Pat. Verschlechterung der Luftpassage durch die linke Nasenhälfte und gleichzeitigen Ausfluss von Eiter und Blut aus derselben. Nach $1^1/_2$ Jahren war die linke Wange sichtbar geschwollen. Es findet sich eine Neubildung, welche die ganze linke Nasenhälfte und den ganzen Nasenrachenraum ausfüllt.

Die Diagnose lautete: „Sarcoma und Emphysema antri Highmori sinistri“. Behandlung: Elektrolyse.

Im Uebrigen wurden Demonstrationen und Vorträge otologischer Natur abgegeben. Schmiegelow.

III. Briefkasten.

In Mailand erscheint seit dem 1. Januar d. J. eine neue Zeitschrift: „La Pratica Oto-Rino-Laringoiatrica“ unter der Redaction von Della-Vidova und Ambrosini, bestimmt, den practischen Aerzten und besonders auch den Aerzten auf dem Lande die Ergebnisse der Specialforschung zugänglich zu machen, mit besonderer Berücksichtigung der Forschungen, die in der von den Redacteuren geleiteten Privatklinik gesammelt sind. F.

Druck von L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XVII. Berlin, October. 1901. No. 10.

I. Der XIV. Internationale Medicinische Congress zu Madrid im Jahre 1903 und die Laryngologie.

Von Professor Dr. B. Fraenkel, Berlin.

Der Organisationsausschuss des nächsten Internationalen Congresses zu Madrid hat beschlossen, folgende 16 Sectionen des Congresses zu errichten: 1. Anatomie (Anthropologie, vergleichende Anatomie, Embryologie, beschreibende Anatomie, normale Gewebelehre und Abnormitätenkunde); 2. Physiologie, Physik und Chemie der Lebenserscheinungen; 3. Allgemeine Pathologie, pathologische Anatomie und Bakteriologie; 4. Therapie und Arzneikunde; 5. Innere Pathologie; 6. Pathologie der Nerven und des Geistes, sowie criminelle Anthropologie; 7. Kinderheilkunde; 8. Hautkrankheiten; 9. Chirurgie und Operationslehre; 10. Augenheilkunde; 11. Ohren-, Nasen- und Kehlkopfheilkunde; 12. Zahnheilkunde; 13. Geburtshülfe und Frauenheilkunde; 14. Medicin und Gesundheitspflege im Heer und Marine; 15. Lehre von den Epidemien und Technik der Gesundheitspflege; 16. Gerichtliche Medicin. — Es ist also wiederum die Laryngologie mit der Otologie zu einer Section vereinigt worden.

Die Frage der Stellung unserer Disciplin auf den Internationalen Congressen ist eine alte und vielbesprochene. Ich kann die Leser dieses Blattes auf die erschöpfende Darstellung dieser Angelegenheit verweisen, welche der Herausgeber desselben, Sir Felix Semon, im 15. Bande, Seite 217, 269 und 333, gegeben hat. Seinen Bemühungen ist es zu danken, dass über diesen Gegenstand sich die Mehrzahl der otologischen und laryngologischen Gesellschaften der Welt vor dem letzten Internationalen Congress in Paris äusserten und theilweise einstimmig, sonst aber mit überwiegender Majorität beschlossen, auf den Internationalen Congressen in zwei selbständigen Sectionen getrennt zu tagen.

Auf dem Internationalen Congress zu Paris vereinigten sich nun am 7. August 1900 die Sectionen für Laryngologie, um über die folgende, von Sir Felix Semon vorgelegte Resolution zu berathen.

„Angesichts der Schwierigkeiten in der Constitution der laryngologischen und otologischen Sectionen bei den meisten der bisher stattgehabten internationalen medicinischen Congresse,

angesichts der Versuche, welche wiederholt gemacht worden sind, diesen Specialitäten entweder eine untergeordnete Stellung anzuweisen, oder sie ohne Zuziehung der Nächstbetheiligten in eine einzige Section zu verschmelzen,

angesichts der Thatsache, dass die beiden genannten Specialitäten sich durch ihre wissenschaftlichen Leistungen bei den bisherigen internationalen medicinischen Congressen Anspruch auf völlige Gleichstellung mit allen anderen anerkannten Specialitäten und auf selbstständige Regelung ihrer inneren Angelegenheiten erworben haben,

sprechen die in gemeinsamer Sitzung vereinigten laryngologischen und otologischen Sectionen des XIII. internationalen medicinischen Congresses im Einklang mit den diese Frage betreffenden Beschlüssen der sechsten Versammlung süddeutscher Laryngologen, des sechsten internationalen otologischen Congresses, der niderländischen Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, der Berliner laryngologischen Gesellschaft, der Wiener laryngologischen Gesellschaft, der Gesellschaft der ungarischen Ohren- und Kehlkopfärzte, der österreichischen otologischen Gesellschaft, der Pariser oto-laryngologischen Gesellschaft und der amerikanischen laryngologischen Vereinigung,

dem Organisations-Comité des nächsten der folgenden internationalen medicinischen Congresse ihre zuversichtliche Erwartung aus, dass — bis zu dem Zeitpunkt, wo die Angehörigen beider Specialitäten selbst eine anderweitige Regelung ihrer Organisation beantragen —

die gegenwärtig bestehenden Einrichtungen, d. h. das Bestehen je einer vollen und unabhängigen Section für jede der beiden Specialitäten erhalten bleiben mögen.

Sie verknüpfen mit dieser Erwartung den dringenden Wunsch, dass in Zukunft behufs Wahrnehmung der Interessen beider Specialitäten die Laryngologie und die Otologie schon in dem vorbereitenden Organisationscomité der internationalen medicinischen Congresse in Gestalt je eines Repräsentanten vertreten sein mögen."

Nach der einleitenden Rede Semon's befürworteten die Resolution Chiari (Wien) und Hartmann (Berlin) und darauf wurde sie gegen eine verschwindende Minorität zum Beschlusss erhoben. Sie ist dem Organisationscomité des Madrider Congresses eingesandt worden. Da ich Vorsitzender der vereinigten Sectionen für Laryngologie und Otologie in Paris war, halte ich es für meine Pflicht, die Aufmerksamkeit meiner Fachgenossen und der Otologen darauf zu lenken, dass das Organisationscomité in Madrid unserem Wunsch keine Beachtung geschenkt hat. Nun müssen in Madrid Gründe vorhanden sein, derentwegen das Organisationscomité die Anzahl der Sectionen des internationalen Congresses überhaupt beschränken will. So sind z. B. die Sectionen für Histologie und für Bacteriologie, welche in Paris selbstständig waren, mit anderen vereinigt, und Gynäcologie und Geburtshilfe in eine Section verschmolzen worden. Es ist mir aber nicht bekannt geworden, dass die Vertreter dieser Disciplinen durch besonderen Beschluss den Wunsch ausgesprochen hätten, als selbstständige Sectionen zu tagen. Dies ist aber bei der Laryngologie und Otologie nach reiflicher Ueberlegung geschehen. Das Organisationscomité in Madrid musste also wissen, dass es dem Wunsche der

Laryngologen und Otologen entgegenhandelte, als es diese beiden Disciplinen in eine Section vereinigte. Für uns bedeutet eine derartige Vereinigung einen Rückschritt in die Anfänge unserer Specialität. Wir müssen deshalb mit vereinten Kräften dafür eintreten, dass das Organisationscomité in Madrid seinen Beschluss ändert und uns eine selbstständige Section zuweist. Sollte in dieser Beziehung unserm Wunsche nicht entsprochen werden, so müssten wir dem Congress fern bleiben oder wer bei dieser Gelegenheit das schöne Land des Weins und der Gesänge besuchen will, sich in eine andere Section einschreiben.

Den Ausführungen Professor Fränkel's schliesse ich mich voll und ganz an. Es erscheint im höchsten Grade bedauerlich, dass das Organisationscomité des Madrider Congresses dem so unzweideutig ausgesprochenen Wunsche der Vertreter beider Disciplinen entgegen gehandelt hat, ohne es für nöthig zu finden, auch nur eine Erklärung dieses befremdenden Vorgehens zu geben. Die Folgen desselben für den Besuch der Section werden nicht ausbleiben, wenn man nicht in Madrid rechtzeitig eine Abänderung im Sinne unserer Wünsche trifft. Aber selbst dann wird es immer beklagenswerth bleiben, dass uns von Neuem der ermüdende Kampf um die Erfüllung unserer wahrlich nunmehr genugsam motivirten Forderungen aufgezwungen worden ist. Felix Semon.

II. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals etc.

1) **John, Edwin Brown. Fortschritte der Ophthalmologie, Otologie, Rhinologie und Laryngologie im vergangenen Jahrhundert. (A century's progress in ophthalmology, otology, rhinology and laryngology.)** *Columbus medical Journal. December 1900.*

Kurzes Resumé. Bekannte Thatsachen. EMIL MAYER.

2) **Sendziak. Die Fortschritte der Laryngologie und Otiatrie im Laufe des Jahres 1900. (O postępach w laryngologji, rynologji i otologji w ostatnim roku.)** *Nowiny 3901.*

Es werden vom Verf. eingehend die wichtigsten Arbeiten auf dem betreffenden Gebiete besprochen. A. v. SOKOLOWSKI.

3) **Algervon Coolidge jr. Fortschritte in der Laryngologie. (Progress in Laryngology.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 24. Januar 1900.*

Es wird hier kurz über eine Anzahl von Themen sowie über den heutigen Stand der Forschungen auf dem laryngologischen Gebiete berichtet. Diese verschiedenen Themen sind: Spontaner Ausfluss von Cerobrospinalflüssigkeit aus der Nase, Hydrorrhoea nasalis, entzündlicher Ursprung der Polypen, negative Luftdouche zur Diagnose von Erkrankungen der Nebenhöhlen, Adenoide, Ozaena, Bakterien in der gesunden Nase, Anosmie, Nebennierenextract, Frenulum der Oberlippe, Verhütung eines Peritonsillarabscess-Recidives, Cadaverstellung der Stimmbänder und schliesslich Mechanismus des Hustens. EMIL MAYER.

4) E. Sporleder. **Jahresbericht aus der Abtheilung für Ohr- und Nasenerkrankungen des städtischen Spitals in Basel vom 1. Januar 1898 bis 1. Januar 1899.** *Archives of Otology. Februar 1900.*

In 26 Fällen wurden mit der von Siebenmann modificirten Gottstein-schen Curette Adenoide entfernt, wobei die Bromäthylnarkose befriedigende Resultate ergab. Ein Fall von primärem Tonsillarcarcinom mit hartnäckigen Blutungen als Hauptsymptom wurde beobachtet. Siebenmann's neue Methode zur Operation von Kiefernhöhleneiterung, sowie die Behandlung des Lupus der Nasenflügel und der Nasenschleimhaut wird hervorgehoben.

EMIL MAYER.

5) R. Kayser. **Bericht über die in den Jahren 1897—1899 incl. in meiner Privatpoliklinik behandelten Krankheitsfälle.** *Monatsbl. für Ohrenkeilkde. No. 3. 1901.*

Bemerkenswerth sind unter dem grossen Material ein Fall von Laryngitis fibrinosa nach Scharlach bei einem neunjährigen Mädchen, ein Abscess im Sinus pyrif. in Folge eines Fremdkörpers, ein Fall von Larynxtuberculose bei einem Kinde, eine nach vielfachen vergeblichen Operationen eingetretene spontane Rückbildung von multiplen Papillomen, ein Kranker mit einseitiger Kehlkopfexstirpation in Folge von Krebs, der an Metastasen zu Grunde ging, ein Fall von abnormer Bewegung der Epiglottis, ferner ein Fall von Fremdkörper (Lorbeerblatt) im Kehlkopf und in der Nase. In 9 Fällen von Rhinitis fibrin. wurde stets der ächte Diphtheriebacillus gefunden; weiter wurden besprochen ein Fall von primärer Nasentuberculose, eine Blutung aus dem Thränenpunkte, mehrere Fälle von Kieferhöhlen- und Stirnhöhlenempyem, üble Zufälle bei Operation adenoider Vegetationen, je ein Fall von carcinösem Angiom und grossem Fibrom des Gaumensegels, eine Prominentia vertebralis und ein Fall von Aphasia congenita.

SCHECH.

6) Rastouil. **Dermoidcyste der thyro-hyoidealregion. (Kyste dermoïde de la région thyro-hyoïdienne.)** *Société anatomique. 23. November 1900.*

R. demonstrirt einen nussgrossen Tumor, der die mittleren Parthien des Halses einnimmt.

Die Operation zeigte, dass es sich um eine Dermoidcyste handelte, die durch einen Fortsatz mit dem Zungenbein in Verbindung stand.

PAUL RAUGÉ.

7) W. M. L. Coplin. **Branchialcysten und -Fisteln. (Branchial Cysts and fistulae.)** *Philadelphia Medical Journal. 26. Januar 1901. Proceedings Pathological Society of Philadelphia. 1. April 1901.*

Die äussere Oeffnung der Fistelgänge ist fast immer in der vorderen Halsregion gelegen und zwar in der Gegend des Gehörcanals, der Schläfe oder der Umgebung der Kiefer, jedenfalls immer vor dem Sternocleidomastoideus. Die äussere Oeffnung ist durch umgebendes Narbengewebe gekennzeichnet; zuweilen kann sie jedoch einer oberflächlichen Untersuchung ganz entgehen. Nur selten kann man die Fistel mit der Sonde verfolgen.

Ein derartiger operirter und pathologisch-anatomisch untersuchter Fall wird vorgeführt, und in der ausführlichen Besprechung kommt Verf. zu dem Schluss, dass die Untersuchung einer aus der Cyste stammenden Flüssigkeit die Diagnose erleichtern kann.

EMIL MAYER.

8) **Gugenheim** (Nürnberg). **Demonstration einer vollständigen angeborenen Halsfistel.** *Münchener med. Wochenschr. No. 46. 1900.*

21 jähriger Mann, dessen 18 jähriger Bruder ebenfalls eine Halsfistel hat. Die äussere Fistelöffnung, 1/2 mm weit, liegt 3 cm oberhalb des rechten Sternoclaviculargebietes in der Mitte zwischen innerem und äusserem Rand des M. sternocleidom., die innere Mündung, 13,2 cm von der äusseren entfernt, liegt hinter der rechten Mandel in der Höhe von 1 mm über dem obersten Ende derselben. SCHECH.

9) **Thomas R. Crowder. Knöcherne Stylo-hyoid-Verbindung. (Osseous stylohyoid arch.)** *N. Y. Medical News. 23. März 1901.*

Verf. beschreibt 3 Fälle. Das Lig. stylo-hyoideum kommt bei den höheren Wirbelthieren constant vor. Bei manchen, z. B. dem Pferd, der Kuh, dem Schaf besteht es völlig aus Knochen, bei anderen ist es nur ligamentös. Defecte in seiner Entwicklung bei mehr weniger ausgesprochener Ossification wurden oft gefunden, vollkommene Verknöcherung ist dagegen selten. Die drei erwähnten Fälle waren post mortem diagnosticirt. Die Anomalie ist als ein Entwicklungsfehler zu betrachten und nicht als Verknöcherung des Lig. stylo-hyoideum. Irgend ein klinisches Symptom davon tritt nicht auf, höchstens ist eine Fractur möglich, wenn auch sehr unwahrscheinlich. LEFFERTS.

10) **F. P. Emerson. Eine eigenartige Form von Phlegmone des Halses. (A special form of phlegmon of the neck.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 25. April 1901. N. Y. Medical Record. 4. Mai 1901.*

Verf. beschreibt einen Fall, der an den von Brousses und Brault mitgetheilten erinnert. Der Hals war im Ganzen geschwollen bis abwärts zu der Clavicula und wies einen dreilappigen Tumor auf, der durch membranöse Septen gefächert, prall gefüllt und hart anzufühlen war. Cervicale Lymphdrüsen nicht geschwollen, keine Röthung, dagegen Druckempfindlichkeit. Erhebliche Schling- und Athembeschwerden. Es wird Eis und Resorcinlanolinsalbe (3,75 : 30,0) und nach Oeffnung des Abscesses Eis und Dampfspray mit Mentholcampher applicirt. Man sah auch links im Larynx Eiter austreten. Die Heilung verlief ungestört.

LEFFERTS.

11) **R. C. Myles. Lymphadenome des Halses. (Lymphadenoma cervicis.)** *Laryngoscope. Februar 1901.*

Myles stellt einen derartigen Fall vor und regt eine Erörterung seiner Pathologie und zweckmässigsten Behandlung an. Die Geschwulst machte sich erst im August bemerklich. Die Hauptdrüsen wurden chirurgisch entfernt, aber nicht mikroskopisch untersucht. Es handelt sich darum, ob nicht lieber die Carotis unterbunden und die Radicaloperation ausgeführt werden soll. EMIL MAYER.

12) **G. Betton Massey. Eine neue Behandlung tuberculöser Halslymphdrüsen unter minimaler Narbenbildung, bestehend in einer Methode, das tuberculöse Gebiet durch die Lymphbahnen zu sterilisiren. (A new treatment for tuberculous glands of the neck with minimal scaring, involving a method of sterilizing a tuberculous region throug the lymph channels.)** *Philadelphia Medical Journal. 23. März 1901.*

Die Methode bezweckt Zerstörung der Bacillen durch kataphorische Wirkung

von nascirendem Quecksilberchlorid auf dieselben. Dasselbe wird in ihnen selbst entwickelt durch Elektrolyse von metallischem Quecksilber, das mit einer kleinen Goldelektrode amalgamirt ist. Es wird durch die Haut unter Chloraläthylspray eine kleine Incision bis in die Drüse gemacht und hierdurch ein amalgamirtes nicht isolirtes Zinkstäbchen als Anode eingeführt mit einem einfachen galvanischen Strom von ca. 3 Milliampères. Wenn die betreffende Region genügend mit der Mischung von Zinkchlorid und Quecksilber präparirt ist, wird eine Zinkelektrode und eine isolirte reichlich amalgamirte Goldelektrode eingelegt. Dann wird zehn Minuten lang ein Strom von 2—10 Milliampères durchgeleitet, bis alles Quecksilber vom Gold verschwunden ist, sodann die Incisionswunde mit Watte und Pflaster verschlossen und die Procedur in 2—3tägigen Intervallen wiederholt.

EMIL MAYER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

13) **M. Weiss** (Wien). **Zur Elektrotherapie der „rothen" Nase.** *Wiener med. Wochenschrift. 1900. No. 42.*

In einem Falle von Dermatitis congelationis erythematosa nasi wandte W. die galvanische Behandlung an, indem derselbe die positive Elektrode an die krankhafte Hautstelle anlegt, die negative an die Sternalgegend. Die erstere war eine Modellirthonerde-Elektrode, die, biegsam, sich jeder Unebenheit anpasste. — Der Strom von 2—3 Milliampères wurde durch wenige Minuten applicirt, wonach es zu einer sehr leichten oberflächlichen Anodenätzung kam, die nur die Epidermis und die oberste Papillarschicht betraf. — Nach 14 Tagen Heilung. CHIARI.

14) **G. Abeles** (Wien). **Die Ausspülungen und Bepinselungen der Nasenhöhle und des Nasenrachenraumes.** *Aerztl. Centralzeitung. 1901. No. 1—5.*

A. bringt in ausführlicher Arbeit die Vor- und Nachtheile der obig bezeichneten therapeutischen Maassnahmen und fasst seinen Schluss bezüglich des Werthes der Ausspülungen dahin zusammen, dass dieselben wohl nicht ganz zu missen wären; doch warnt er eindringlichst vor einer zu häufigen und oberflächlichen Verordnung und pflichtet dem mehrfach anerkannten Satze: „dass Nasenspülungen niemals eine wirkliche Heilung von Nasenkrankheiten bewirken können," vollständig bei.

CHIARI.

15) **Notiz des Herausgebers. Nasenspray bei acuten katarrhalischen Zuständen. (Nasal spray in acute catarrhal conditions.)** *N. Y. Medical Record. 15. September 1900.*

Rp. Acid. carbol. 5,00
Ichthyol 3,75
Spir. vini rectif. 10,00
Aquae dest. ad 90,00.
MDS. 2—3mal tgl. anzuwenden. LEFFERTS.

16) **Toal. Kohlensäure bei Nasenerkrankungen. (Carbonic acid gas in nasal affections.)** *N. Y. Medical Record. 14. Juli 1900.*

Verf. spricht sehr für das Mittel und giebt die Abbildung eines besonderen

Apparates, der die Anwendung erleichtert. Die günstigsten Resultate wurden bei hyperästhetischer Rhinitis erzielt. Der gewöhnliche Kohlensäuresyphon macht die Anwendung des Gases sehr einfach. LEFFERTS.

17) A. Rose. **Kohlensäuredouche der Nase. (Carbonic-acid-gas douche in the nose.)** *N. Y. Medical Record. 8. December 1900.*

Verf. befürwortet die Anwendung der Kohlensäuredouchen bei Influenza. Das Gas führt Auästhesie herbei und gleichzeitig Hyperämie, erleichtert aber den Schleimabfluss bedeutend. Dis Applicationen sind ganz angenehm und ihrer nur wenige nöthig, um schon merkliche Erleichterung zu bringen. Der günstige Einfluss derselben ist nicht nur temporär, sondern die Kohlensäure wirkt vielmehr nach den Erfahrungen des Verf.'s als Tonicum in der Nase und ihre günstige Wirkung dauert oft Monate und Jahre lang fort. Die Behandlung ist durchaus harmlos und sehr einfach ausführbar, sogar für den Laien. LEFFERTS.

18) Lermoyez und M. Mahu. **Heisse Luft bei Erkrankungen der Nase. (Hot air in affections of the nose.)** *N. Y. Medical Journal. 25. August 1900. N. Y. Medical Record. 25. August 1900.*

Die heisse Luft ist in der Rhinologie seither nur in Form von Inhalationen angewandt worden. Verff. befürworten nun ihre Application in der Weise, dass ein heisser Luftstrom genau auf das erkrankte Gebiet eingestellt wird. Zu dem Zweck wird comprimirte Luft durch eine Wärmeschlange geleitet und dann in einer Temperatur von 56—90° C. auf die erkrankten Stellen gerichtet. Das wird sehr gut ertragen, ist vollkommen schmerzlos sowohl während, wie nach der Application und verursacht zudem keinerlei Läsion der Schleimhaut. Die Affectionen, in welchen Thermotherapie vornehmlich indicirt ist, sind: spastische Rhinitis, congestive Rhinitis mit Verstopfung der Nase, vasomotorische Rhinitis vom Typus der Hydrorrhoe, Otalgie mit anfallsweisen Congestionen im Nasopharynx, sowie Stenose der Eustachischen Röhre in den frühen Stadien. Verff. warnen davor, zuviel von der Heissluftbehandlung zu verlangen. Der Umstand, dass die Anwendungsform so bequem ist und so gut ertragen wird, kann zum Missbrauch führen. Sie ist contraindicirt bei Deformationen des Septums, polypöser Entartung der Schleimhaut, eitriger Coryza, Ozaena, syphilitischer und tuberculöser Nasenerkrankung, adenoiden Vegetationen und Sinuseiterungen. LEFFERTS.

19) Didsburg. **Versuch einer Behandlung des Schleimhautlupus der Nase mit Strömen von hoher Frequenz und Intensität. (Essai de traitement du lupus nasal pituitaire par les courants à haute fréquence et à haute intensité.)** *Société de Dermatologie et de Syphiligraphie.*

Demonstration eines Patienten, bei welchem die Erkrankung seit 1894 besteht und wo die lupösen Wucherungen eine Obliteration der Nase und der Nasenhöhle, sowie eine Perforation des Septums herbeigeführt hatte.

Ströme von hoher Frequenz, vermittelst einer zweckmässig geformten Elektrode applicirt, haben nach 3 Sitzungen die Durchgängigkeit der Nase wieder hergestellt.

Schmerz und Blutung sind dabei nur gering. (Die Methode wird z. Z. auch bei Ozaena von D. angewandt.)

PAUL RAUGÉ.

20) **M. Guisez. Gefahren der Nasentamponade. (Dangers of plugging the nasal fossae.)** *N. Y. Medical Journal. 14. Juli 1900.*

Die Anwendung der Bellocq'schen Röhre ist bei nervösen Personen und Kindern sehr erschwert und oft von unerfreulichen Resultaten begleitet.

1. Ein Patient litt an schweren Blutungen aus dem rechten Nasenloch. Es wurde vordere und hintere Tamponade ausgeführt und nach 3 Tagen erneuert. Drei oder vier Tage nach der zweiten Tamponade trat ein grosses Oedem des rechten Augenlides mit erheblichem Schmerz und Schwellung der rechten Gesichtshälfte auf. Temperatur 39° C. Es war ein Empyem der Highmorshöhle eingetreten.

2. Eine Alkoholistin litt an Nasenbluten. Es wurde doppelte Tamponade gemacht; 2 Tage später trat ein heftiger Schmerz in Folge von leichter Otitis ein, die zweifellos eine Folge der Tamponade war.

Die Nasenschleimhaut ist wegen ihrer zahlreichen Falten und Recessus schwer zu sterilieiren und die Gegenwart von septischem Material verursacht ausserordentlich leicht eitrige Otitis und Kieferhöhlenempyem. Es sollte nur die vordere Tamponade gemacht werden und wenn nöthig die blutenden Gefässe, die gewöhnlich Endverzweinungen der Art. spheno-palatina darstellen, thermokauterisirt werden.

LEFFERTS.

21) **Cramton. Operative Behandlung von Nase und Hals. (Operative treatment of the nose and troat.)** *Southern-Clinic. Mai 1900.*

Verf. betont die Bedeutung der operativen Behandlung von Nasen- und Halsaffectionen und führt die Gründe dafür an, weshalb dieselben nicht vernachlässigt werden dürfen.

EMIL MAYER.

22) **J. A. Lippincott. Systematische Reinigung der Nasenhöhle vor Operationen, die die Eröffnung des Augapfels verlangen. (Systematic cleansing of the nasal cavities before operations which involve opening of eyeball.)** *N. Y. Medical Record. 20. October 1900.*

Verf. beschreibt folgende Methode: Einige Stunden vor der Operation werden in jedem Fall zunächst die Nasenlöcher mit einem Kaliumpermanganatspray (1 : 2000) gründlich behandelt. In manchen Fällen wird die Besprayung unmittelbar vor der Operation und im Falle einer bestehenden Nasenerkrankung alle 3 oder 4 Tage wiederholt. Der Permanganatspray zerstört eine grosse Zahl von Organismen, mit denen er in Berührung kommt. Dieses Verfahren wurde bei 152 Operationsfällen erprobt, ohne dass dabei Eiterung, Entzündung oder Reizung irgend welcher Art eintrat, obgleich eine gewisse Zahl der Fälle von ungünstigem Charakter war. Die Wunden heilten mit geringerer Röthung, als es gewöhnlich der Fall zu sein pflegt und die Reconvalescenz verlief schneller als in früheren Fällen.

LEFFERTS.

23) **Carl Seiler. Die Bedeutung vorbereitender Behandlung intranasaler Operationen. (The importance of preliminary treatment for intranasal operations.)** *N. Y. Medical Record. 27. October 1900.*

Vor allen Dingen muss der Patient hinsichtlich der Diät und sonstiger

hygienischer Maassnahmen richtig gehalten und mit geeigneten Tonicis behandelt werden. Die Localbehandlung der Nasen- und Nasenrachenschleimhaut soll mit einer gründlichen Reinigung der Nasenhöhlen zweimal täglich beginnen, und zwar vom Patienten selbst ausgeführt werden mit einer richtig concentrirten und temperirten Lösung. Das Reinigungsverfahren wird vom Patienten fortgesetzt, während die localen Applicationen mit milden Adstringentien an der Schleimhaut der vorderen und hinteren Nasenhöhlen durch den Operateur in 2—3tägigen Intervallen vorgenommen werden sollen. Diese Vorbehandlung soll einige Wochen durchgeführt werden, bis sich die Schleimhaut bei der Untersuchung verhältnissmässig gesund erweist. In den Fällen, in welchen ein knöcherner oder knorpeliger Vorsprung die vordere Nasenkammer einer Seite verlegt und die andere Seite atrophische Veränderungen an den Muscheln und der Schleimhaut aufweist, soll die atrophische Seite mit stimulirenden Adstringentien, wie Zinc. sulf. cum Sacchar. lact. oder mit Insufflationen von Silbernitrat und Amylum (0,06 : 1,8 g), oder endlich mit dem Wattetampon in Verbindung mit den Spülungen und Insufflationen behandelt werden, bis eine Reaction der atrophischen Seite eintritt, die sich in vermehrter wässriger Secretion der Nasenlöcher kundgiebt. Ueber die Nachbehandlung nach der Operation ist nur wenig und Selbstverständliches zu sagen, höchstens dass der Patient noch längere Zeit in Beobachtung bleiben soll.

LEFFERTS.

24) **Ostmann** (Marburg). **Ueber galvanocaustischen Gefässverschluss in der Nase als einleitender Act intranasaler Eingriffe.** *Deutsche med. Wochenschr. 1901. No. 14.*

Verf. will Blutungen bei Nasenoperationen dadurch vermeiden, dass er die zuführenden Gefässe galvanokautisch durchtrennt. Das Verfahren kommt in Betracht: 1. Für die Entfernung der Hypertropien der unteren Muscheln (cf. Arch. f. Laryngol. IX.). 2. Für die Stillung und Heilung von Blutungen aus Gefässen der Nasenscheidewand. 3. Für die theilweise Abtragung der unteren Muschel. 4. Für die Abtragung von Knorpel- und Knochenleisten (für diese Operation ist der vom Verf. befürwortete galvanokaustische Schnitt vor bald 20 Jahren schon von A. Hartmann angegeben. D. Ref.).

ZARNIKO.

25) **Richter** (Plauen). **Operation einer vorderen und einer hinteren nasalen Atresie.** *Mon. f. Ohrenheilk. No. 4. 1901.*

Im ersten Falle handelte es sich um eine luetische, im zweiten Falle um eine angeborene Choanalatresie bei einem 6 Wochen alten Kinde.

SCHECH.

26) **Arthur Ames Bliss. Schwere Blutung nach Hals- und Nasenoperationen. Bericht über 5 Fälle. (Severe haemorrhage after operations on the throat and nose: Report of five cases.)** *N. Y. Medical Journal. 8. September 1900.*

Fall I. Es handelte sich hier um eine Septumdeviation mit gleichzeitiger leistenförmiger Exostose entlang dem oberen Rand des Pflugscharbeins. B. machte die kreuzförmige Incision nach Robert's und entfernte nach Aufrichtung des gekrümmten knorpeligen Septums die vorspringende Knochen- resp. Knorpelleiste, welche sich gegen den Meatus inferior der linken Nasenhöhle hin erstreckte.

Fall II. Excision hypeitrophischer Tonsillen.

Fall III. Desgl.

Fall IV. Kleines Papillom der unteren Muschel, mit der kalten Schlinge entfernt.

Fall V. Hier handelte es sich um Allen's supralabiale Resection wegen dislocirten Septums und Excision grosser Adenoide im Nasenrachenraum. Tödtlicher Ausgang (Haemophilie).

In zwei von den hier mitgetheilten Fällen trat die Blutung nach der Excision der Rachentonsillen auf. Die Blutversorgung dieser Tonsillen ist besonders reichlich. Die Tonsillararterie, die aus der A. facialis kommt, theilt sich in lauter kleine Aeste an der Basis der lymphoiden Massen. Nach B.'s Erfahrung werden sie selten angeschnitten, ausser wenn eine vollkommene Excision der ganzen Tonsille gemacht wird; mit solcher haben wir es aber selten zu thun.

Die Arteria palatina ascendens kommt aus der Art. facialis und verzweigt sich an der Vorderfläche der Tonsille an den vorderen Gaumenbögen und dem weichen Gaumen.

Verf. ist der Ansicht, dass gerade dieses Gefäss zu den meisten Zwischenfällen Veranlassung giebt.

Glücklicherweise ist die Theilungsstelle fast stets leicht mit dem Haemostaten zu erreichen und Verf. fand dies einfache Instrument stets zum Ziele führend, wenn andere Mittel schwer applicirbar oder wirkungslos waren.

LEFFERTS.

27) **A. R. Baker. Ein Fall von plötzlicher Blindheit nach Cauterisation der Nase. (A case of sudden blindness subsequent to cauterization of the nose.)** *Cleveland Medical Gazette. November 1900.*

Eine Woche nach Kauterisation der mittleren Muschel verschwand die Sehkraft des rechten Auges vollständig und auf dem linken stellten sich Anzeichen von erheblicher Sehschwäche ein. Grosse Dosen von Jodkalium führten völlige Heilung herbei.

EMIL MAYER.

c. Mundrachenhöhle.

28) **Retterer. Morphologische Entwickelung der Tonsillen des Hundes. (Evolution morphologique des amygdales du chien.)** *Société de Biologie. 26. Mai 1900.*

Das Oberflächenepithel dringt in die Tiefe und verwandelt sich in zellige Elemente, die sich wie diejenigen der geschlossenen Follikel entwickeln.

PAUL RAUGÉ.

29) **Cesare Minervi. Die Palpation der Tonsillarregion von aussen. (La palpazione esteriore della regione tonsillare.)** *Bollet. d. melattie dell'orecchio etc. IV. April 1901.*

Ein sicheres und besonders in der Kinderpraxis, wo die Pharyngoskopie so oft Schwierigkeiten unterliegt, gut verwendbares Zeichen für eine acute Entzündung im Rachen besteht nach den Erfahrungen des Verf.'s in einer Anschwellung aussen am Halse, die sich an einer zwischen dem Unterkieferwinkel, dem vorderen

Rand des Sternocleidomastoideus und dem grossen Zungenbeinhorn gelegenen Stelle constant vorfindet. Verf. versichert, während einer 20jährigen Beobachtungsdauer diese Anschwellung weder bei Diphtherie, noch sonst einer acuten Erkrankung der Tonsillen vermisst zu haben. Es handelt sich hierbei jedoch nicht um eine Schwellung der Mandel selbst, die man fühlt, sondern um eine solche der Chassaignac'schen Glandul. tonsillaris. Ein oder zwei Tage nach dem Auftreten des Fiebers zeigt sich — besonders bei sehr stürmisch einsetzenden acuten Mandelentzündungen — eine Anschwellung einer anderen Lymphdrüsengruppe, die unmittelbar nach aussen vom grossen Zungenbeinhorn der entsprechenden Seite liegt und die Verf. als Glandul. tonsillares inferiores bezeichnet. Sie verschwindet einige Tage nach dem Aufhören des Fiebers, noch früher, als dies bei der Chaissaignac'schen Drüse der Fall ist. FINDER.

30) **Julius Ullmann. Die Tonsillen als Infectionspforte. (Tonsils as portals of infection.)** *N. Y. Medical News. 20. October 1900.*

In den letzten Jahren haben wir mehr und mehr die Rolle der Tonsillen als Eingangspforte für allerhand Infectionen erkannt; Verf. verbreitet sich über die Beziehungen von Tonsillenaffectionen zum Rheumatismus und die verschiedenen Formen von Endocarditis. Bei verminderter Widerstandskraft haben die pathogenen Keime der Mundhöhle hier günstige Gelegenheit zur Invasion. Die häufigen Tonsillargeschwüre erweisen die Leichtigkeit der Infection bei offenem Munde. Alle möglichen Kokkenformen finden sich in den Tonsillen, und manche Formen von Angina sind nicht nur infectiös, sondern auch contagiös. Oft folgt Nephritis und wahrscheinlich ist auch manche Bright'sche Krankheit in vorgerücktem Alter auf Angina in früheren Lebensjahren zurückzuführen. LEFFERTS.

31) **Marzinowski. Ueber einige Microorganismen, die in den Krypten der Tonsillen gefunden wurden. (V nekotorich mikroorganisman naidennich w kriptach mindalin.)** *Med. Obos. 1900. p. 896.*

M. untersuchte 16 Leichen und fand in 7 Fällen einen Mikroorganismus, der sehr ähnlich dem Diphtheriebacillus aussah und sich nach dem Verfahren für Tuberkelbacillen färben lässt. M. glaubt, dass durch diesen Mikroorganismus bedeutende diagnostische Irrthümer entstehen können. P. HELLAT.

32) **S. V. Maugouby. Studien über die Tonsillenfunction. (Materials for the study of the funktions of the tonsils.)** *N. Y. Medical Journal. 8. December 1900.*

Verf. exstirpirte einer Serie von Hunden die Tonsillen und setzte dann die Thiere in Kästen mit faulenden thierischen Substanzen. Einer zweiten Serie von Thieren entfernte er gleichfalls die Tonsillen und machte ihnen dann Injectionen von Diphtherietoxin in die Blutbahn. Er ging dabei von der Vorstellung aus, dass die Tonsillen vielleicht Antitoxine bilden gegen Diphtherie und eventuell auch gegen andere Krankheiten. Er wollte nun sehen, ob solche tonsillenlose Thiere der Diphtherie gegenüber weniger resistent sind als Thiere mit Tonsillen. Bei einer dritten Serie von Hunden besprengte er den Rachen mit Culturen von Staphylococcus pyogenes aureus und injicirte gleichzeitig Diphtherietoxine, um so

die Mischinfectionen nachzuahmen. Er fand nun nach der Tonsillotomie die Zahl der Leukocyten im Blut erheblich vermindert, zuweilen sogar noch nach 68 Tagen. In der Regel waren auch die rothen Blutkörperchen vermindert. Bei der zweiten und dritten Serie von tonsillotomirten Thieren wies das Blut Hyperleukocyten, Hypoerythrocytose und Hypohämoglobinämie auf, und es bestanden gastrointestinale Störungen. Die Hunde der ersten Serie bekamen Durchfall und zuweilen Erbrechen, während die Controlhunde gesund blieben. Der Autor schliesst daraus, dass die Tonsillen wichtige Functionen haben. Erstlich haben sie bedeutsame Beziehungen zum Blut, zuweilen ist ihre Integrität ein wichtiger Factor im Kampf gegen die Invasion von Keimen durch den Mund.

LEFFERTS.

33) **Duval. Beitrag zum Studium der Affectionen und Infectionen der Tonsillen. (Contribution à l'étude des affections amygdaliennes et de leur contagion.)** *Thèse de Paris. 1900.*

Zusammenfassende Studie über die infectiösen Anginen und ihren Infections-Modus.

Diese Affectionen können nach Sitz und Symptomen identische wie auch differente Erkrankungen hervorrufen.

PAUL RAUGÉ.

34) **E. Maragliano. Die Bedeutung der Tonsille für die Aetiologie der Polyarthritis rheumatica. (Importenza della tonsilla per la etiologia della poliartrite reumatica.)** *Gazett. degli ospedali. 30. 10. März 1901.*

M. unterwirft die von Meyer und im Anschluss an diesen von Menzer und Wassermann im Verein für innere Medicin in Berlin (Sitzung vom 7. Jan. 1901) gemachten Mittheilungen über „bakteriologische Untersuchungen beim acuten Gelenkrheumatismus" seiner Kritik. Er erklärt: „Die Oberfläche der Tonsille abkratzen, daraus einen Streptococcus isoliren und zeigen, dass Culturen dieses Streptococcus, Thieren eingeimpft, Arthritiden erzeugen, das ist in der That kein geeignetes Mittel, um die Aetiologie der Polyarthritis rheumatica aufzuklären." (Würden sich die in Frage stehenden Untersuchungen in der That darauf beschränkt haben, — bei genauer Durchsicht der Verhandlungen ergiebt sich, dass dies keineswegs der Fall ist — so könnte Verf. wohl Recht haben. Ref.) M. benutzt die Gelegenheit, um auf die auf seiner Klinik 1895—1896 von Lucatello und Dagnino gemachten Untersuchungen hinzuweisen, denen es gelang, aus dem circulirenden Blut der Rheumatiker einen Mikroorganismus zu züchten, der das einzig wirklich specifische pathogene Agens der Polyarthritis rheumatica sein soll.

FINDER.

35) **Tantussi. Ueber die Localisation des Koch'schen Bacillus beim Isthmus faucium und den Tonsillen. (Sulla localizzazione del bacillo di Koch nell' istmo delle fauci e nelle tonsille.)** *Giorn. internat. di scienze Mediche. 31. Januar 1901.*

Die Frage von dem Vorkommen virulenter Tuberkelbacillen in den Tonsillen hat Verf. auf die Weise zu lösen gesucht, dass er nach vorausgegangener Desinfection der Mundhöhle mit Carbollösung (! Ref.) die Tonsillen exstirpirte und Stückchen davon Meerschweinchen einimpfte. Es handelte sich bei den Patienten,

von denen die Tonsillen stammten, stets nur um einfache chronische Pharyngitiden. Die Meerschweinchen gingen in keinem Fall an Tuberculose zu Grunde; niemals waren mikroskopisch an den exstirpirten Tonsillen Zeichen von Tuberculose zu finden.

Im Gegensatze zu diesen negativen Ergebnissen zählt Verf. einige Fälle von wahrer Tuberculose der Tonsille auf, entstanden durch Ueberleitung des tuberculösen Processes von der Nachbarschaft her oder durch Infection mittels des von den Lungen aus heraufgehusteten Sputums; in diesen Fällen fand sich mikroskopisch das charakteristische histologische Bild. FINDER.

36) **Baup. Die Tonsillen als Eingangspforte für Tuberculose. (Les amygdales porte d'entrée de la tuberculose.)** *Thèse de Paris. 1900.*

Verf. nimmt die Untersuchungen von Brieger, Fränkel, Gottstein, Lewin, Lermayez, Dieulafoy wieder auf und tritt für die larvirte Tuberculose der Tonsillen ein. Er berichtet von seinen Untersuchungen über Tuberculisation der Tonsillen bei Thieren. PAUL RAUGÉ.

37) **F. Baup. Versteckte Tuberculose der Tonsillen. (Concealed tuberculosis of the tonsils.)** *N. Y. Medical Record. 14. Juli 1900.*

B. fand bei seinen Untersuchungen in 48 Fällen einmal Tuberculose. Er ist der Ansicht, dass wir hier 3 Formen unterscheiden müssen: die gewöhnliche Form, wie sie von den meisten Autoren beschrieben wird, die sich im Allgemeinen durch isolirte oder Gruppentuberkel kennzeichnet, mehr weniger käsig und umgeben von einer Zone lymphoiden Gewebes, das nur wenig verändert ist; ferner eine nicht abgrenzbare Infiltration, die zweifelsohne Tuberkelbacillen aufweist; endlich eine sklerotische Form, welche einen Schritt zur Heilung bedeutet. Verf. beleuchtet dann die Beziehung dieser Form von Tuberculose zur Drüsenerkrankung, zur Lungentuberculose und zur tuberculösen Meningitis. LEFFERTS.

38) **L. Rethi. Latente Tuberculose der Tonsillen. (Latent tuberculosis of the tonsils.)** *N. Y. Medical Journal. 21. Juli 1900.*

R. behauptet, dass diese Erkrankung nicht selten ist. Die Infection ist auf inspirirte Luft, auf Sputum von der tuberculösen Lunge her oder bei einer tuberculösen Person auf Infection durch Blut- und Lymphbahnen zurückzuführen. Die grosse Gefahr dabei liegt in der Möglichkeit einer Verbreitung der Erkrankung auf andere Körperregionen, besonders Lunge und Meningen. Als Behandlung kommt nur die völlige Entfernung der Tonsillen in Betracht. LEFFERTS.

39) **Marcel Labbé** und **Levi-Sirugue. Tuberculose der Tonsillen. (La tuberculose des amygdales.)** *Gazette des hôpitaux. 17. Januar 1900.*

Allgemeine Uebersicht über die neueren Arbeiten. Nach kurzem geschichtlichen Ueberblick über die hauptsächlichsten einschlägigen Untersuchungen gehen die Verff. auf die beiden Formen der Tonsillentuberculose ein.

Die weitaus häufigere secundäre Tuberculose tritt bei Kindern ziemlich selten auf; das rührt daher, dass hier die hauptsächlichste Infectionsursache, nämlich das Auswerfen des Sputums, nicht existirt. Im Allgemeinen inficirt der

Bacillus die Tonsillen 1. durch den Auswurf (gewöhnliche Ursache), 2. durch die Lymphbahnen von den Bronchialdrüsen zu den Cervicaldrüsen (seltene Ursache), 3. ausnahmsweise durch die Blutbahn.

Die primäre Tuberculose der Tonsillen ist selten, kommt aber vor und ist durch einwandsfreie Fälle erwiesen. Der Bacillus kann dabei eingeschleppt werden durch die Nahrungsmittel und die Luft.

Die Verff. haben sich eingehend mit pathologisch-anatomischen Untersuchungen beschäftigt, über die sie an anderer Stelle (Bull. soc. anat.) berichten. Sie beschreiben die Symptome der verschiedenen Formen von latenter sowie acuter Tonsillentuberculose und besprechen die manchmal sehr schwierige Differentialdiagnose von syphilitischen, ulcerösen oder papillomatösen Affectionen,

Einige Angaben über die Behandlung bilden den Schluss der Arbeit.

A. CARTAZ.

40) **J. E. Waxham. Mycosis des Halses und Mittheilung eines Falles. (Mycosis of the throat with report of a case.)** *Colorado Medical Journal. December 1900.*

In diesem Fall fand sich die Mykosis auf beiden Tonsillen und der Zungenbasis. Die Anwendung des Galvanocauters brachte die Erkrankung völlig zum Schwinden.

EMIL MAYER.

41) **Brindel** und **Raoult. Ulcerationen der Tonsillen. (Ulcerations of the tonsils.)** *N. Y. Medical Record. 25. August 1900.*

Verff. theilen dieselben ein in primäre (ulcerative lacunäre Angina, pseudodiphtheritische, gangränöse, ulceromembranöse etc.), in secundäre (Infectionskrankheiten wie Diphtherie, Typhus, Exantheme, Tuberculose), in symptomatische (Lupus, Syphilis, Skrophulose) und endlich in Ulcerationen bei malignen Tumoren ein. Der Ausdruck Ulceration bezeichnet Substanzverlust, wenigstens am Epithel und häufiger an der Basalmembran und dem darunterliegenden Gewebe. Ulcerationen sind von einfachen Erosionen zu trennen. Zur Bestimmung der Art, zu welcher ein gegebener Fall gehört, ist eine Betrachtung der ganzen Krankheitsgeschichte und sorgfältiges Verfolgen der einzelnen Krankheitsstadien nothwendig.

LEFFERTS.

42) **C. T. Hansen** (Kopenhagen). **Ulcus induratum tonsillae. (Tonsilchankre.)** *Dansk dermatologisk Selskab. Hospitals-Tidende. 1901. p. 473.*

Verf. hat ein Ulcus induratum tonsillae bei einem 21jährigen Manne behandelt. Infectionsweg unbekannt.

SCHMIEGELOW.

43) **Cuvellier. Tonsillen und Adenoide. (Tonsils and Adenoids.)** *N. Y. Medical News. 15. December 1900.*

Von 1892—1900 hat Cuvellier 2785 Kinder im Hôspital des enfants malades behandelt. Von diesen hatten 569 einfache Hypertrophie der Tonsillen, 1060 einfache Adenoide, 1156 Hypertrophie der Tonsillen mit Adenoiden. Durchschnittsalter 5—7 Jahre. Die Adenoide überwiegen weit. Gestielte Tonsillen wurden mit dem Tonsillotom, flache oder lacunäre Tonsillen Stück für Stück entfernt und

recidivirten nicht. An Adenoiden fanden sich 1. respiratorische, 2. auriculäre, 3. gemischte Formen und zwar unter 2019 Fällen 1214 respiratorische, 75 auriculäre und 730 gemischte. Die Operation bestand stets in Entfernung. Complicationen traten selten ein. Die einzige Contraindication war Haemophilie. Bei radicaler Entfernung trat kein Recidiv auf.

LEFFERTS.

44) **Prota. Fibrom der Tonsille. (Fibroma della tonsilla.)** *Arch. Ital. di Laringologia. Januar 1901.*

Verf. giebt nach einer Uebersicht über die bisher in der Literatur vorhandenen Fälle die Mittheilung eines von ihm selbst beobachteten, in welchem sich der Tumor als ein ca. 3 cm langes gestieltes Knötchen, der dem oberen Pol der linken Gaumenmandel aufsass, darstellt. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein Fibroma telangiectodes handelte.

FINDER.

45) **Martuscelli. Papillomatöses Angiom und einfaches Angiom der Gaumentonsillen. (Angioma papillomatoso ed angioma semplice delle tonsille palatine.)** *Arch. Ital. di Laringologia. Januar 1901.*

In dem einen Fall sass der himbeerförmige Tumor in der Fossa supratonsillaris und gab zu häufigen spontanen Blutungen Anlass; mikroskopisch erwies er sich als ein Papillom, dessen Inneres völlig von stark erweiterten Blutgefässen erfüllt war. Im zweiten Fall handelte es sich um ein einfaches Fibrom mit gleichfalls vielen Blutgefässen und auch freien Blutungen ins Gewebe.

FINDER.

46) **Wegstein** (Würzburg). **Ein Fall von Lymphosarcombildung der Tonsillen.** *Dissert. Würzburg. 1900.*

Bericht über Lymphosarcom der Gaumen- und Zungentonsille bei einem 72jährigen Manne.

SEIFERT.

47) **L. Morestin. Sarcom des Halses ausgehend von den Tonsillen. (Sarcome du cou à début amygdalien.)** *Bull. Soc. anat. Paris. p. 886. November 1899.*

Verf. berichtet von einem 60jährigen Mann, der wegen einer enormen Geschwulst am Halse ins Spital kam. 1897 hatte man bei ihm die stark vergrösserte rechte Tonsille entfernt. Einige Monate nachher machten sich Drüsen am Halse bemerklich, welche anfangs langsam wuchsen, aber seit 6 Monaten erheblich grösser geworden sind. Gegenwärtig verbreitet sich die Neubildung von der Wange bis zu den oberen Abschnitten der Brust. Der Umfang des Halses beträgt 52 cm, die Haut ist violett, von stark erweiterten Venen durchzogen. Starke lymphangitische Stränge ziehen nach der Achselhöhle hinab.

Im Pharynx rechtseitiger Tumor von Eigrösse, der das Gaumensegel verdrängt und bis zur Zungenbasis hinabsteigt. Starke Schling- und Athembeschwerden, heisere Stimme, Stridor beim Athmen und Erstickungsanfälle.

Tod iu einem Anfall von Larynxspasmus. Alle therapeutischen Maassnahmen waren erfolglos. Es handelte sich um ein Rundzellensarcom ausgehend von der Tonsille.

A. CARTAZ.

48) **G. A. Syme** (Melbourne, Victoria). **Sarcom der Tonsille durch äussere Incision unter gleichzeitiger temporärer Resection des Kiefers entfernt. Kein Recidiv nach 6 Monaten. (Sarcoma of the tonsil, removed through external incision with temporary division of jaw; no recurrence six months after.)** *Intercolonical Medical Journal of Australasia. 20. August 1900.*

Es handelt sich in dem Falle um eine 39jährige Frau mit gleichzeitig geschwollenen Lymphdrüsen am vorderen Rand des Sternocleidomastoideus, die bei der Operation mit entfernt wurden.

A. T. BRADY.

49) **E. A. Montenyohl. Carcinom der Tonsillen. (Carcinoma of the Tonsil.)** *International Journal of Surgery. Juli 1900.*

Verf. berichtet über einen typischen Fall von Epitheliom der Tonsillen bei einer 44j. Frau. Keine Operation. Tod 2 Jahre nach der ersten Untersuchung.

EMIL MAYER.

50) **L. T. Royster. Peritonsillarabscess bei Kindern. (Peritonsillar abscess in children.)** *N. Y. Medical Record. 13. October 1900.*

Verf. berichtet einen Fall dieser im Kindesalter seltenen, nur bei 3 pCt. der Fälle vorkommenden Erkrankung. Sie tritt als Lokalinfection auf im Anschluss an acute catarrhaliche Entzündung des Pharynx bei acuten Infectionskrankheiten und seltenerweise auch als Complication eines Retropharyngealabscesses. Der Mikroorganismus dabei ist gewöhnlich der Staphylococcus. Die allgemeinen Symptome gleichen denen von acuter folliculärer Angina, aber die Temperatur ist niedriger und das Allgemeinbefinden weniger angegriffen. Die Symptome bestehen gewöhnlich in erheblichen Schluckbeschwerden und Torticollis, wobei der Unterkiefer fast stets immobilisirt ist. Die Schmerzen, über die die Kinder klagen, sind dabei grösser, als man nach dem Untersuchungsbefund annehmen sollte. Durch Palpation wird meist eine einseitige Induration entdeckt. In schweren Fällen droht Gefahr durch Oedem (was selten tödlich wird) Spontanruptur und Perforation einer Arterie. Verticale Incision der am meisten prominenten Stelle, mit Drainage der Höhle ist die einzig richtige Behandlung.

LEFFERTS.

51) **Nowal H. Pierce. Die Behandlung des Peritonsillarabscesses und Demonstration neuer Instrumente. (The treatment of peritonsillar abscess with exhibition of new instruments.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Mai 1900.*

Der eitrige Process etablirt sich in jeder Fossa supratonsillaris und hier muss incidirt werden. Es wird dazu ein Doppelinstrument, bestehend in rechtwinklig zum Stiel gestelltem Messer und Dissector, empfohlen.

Die Spitzen des Instrumentes sind zwar scharf genug um in das Gewebe einzudringen, aber nicht scharf genug, um irgend welche Gefäss zu verletzen.

EMIL MAYER.

52) **Royce D. Fry. Unblutige Enucleation der Tonsillen unter Localanaesthesie. (Bloodless enucleation of the Tonsils under local Anaesthesia.)** *Cleveland Journal of Medicine. Februar 1900.*

Untersuchungen erweisen, dass das Extract aus dem Tonsillargewebe irgend welche Verdauungs- oder anderweitige Fermente nicht enthält. Die Tonsillen von Wiederkäuern haben zahlreiche Schleimdrüsen und wenn man sie in frischem Zustand in ihr 40faches Volum Wasser einlegt, so wird die ganze Lösung von gummiartiger Consistenz. Der Schleimgehalt der Mandeln hilft mit beim Hinuntergleiten des Bissens, eine Eigenschaft, die beim Menschen überflüssig ist und daher fehlt. Die Tonsillen erhöhen den Umfang der Stimme (? Red.), schützen aber nicht vor infectiösen Erkrankungen, sondern dienen eher der Entwicklung der Infectionserreger. Sie erleichtern weder den Schlingakt noch sind sie an der Verdauung mitthätig. Sie stellen ein retrogrades Organ dar ohne Function.

Zur Operation wird an 6 oder 8 Stellen eine 10proc. Cacainlösung in die Tonsille injicirt, dann dieselbe äusserlich mit der gleichen Lösung eingepinselt und endlich eine 15proc. Lösung von Suprarenalextract applicirt. Dann wird die Schleimhaut von oben nach unten gespalten, von der Tonsille abgezogen, die letztere mit der Schlinge abgetragen unter Zurücklassung der Schleimhaut. — 40 Fälle wurden vom Verf. auf diese Weise behandelt ohne üble Zufälle oder Blutungen.

EMIL MAYER.

53) **L. Harmer. Untersuchungen über das Exsudat nach Tonsillotomie. (Recherches upon the exudate following tonsillotomy.)** *N. Y. Medical Journal. 13 October 1900.*

Verfasser folgert aus seinen bacteriologischen und experimentellen Untersuchungen an dem Exudat, welches sich nach Tonsillotomie auf dem hinterlassenen Stumpf einstellt, dass es meistens durchaus aus Fibrin, Leucocyten und necrotischem Gewebe besteht.

In seiner Bacterienflora dominiren die Kokken; gelegentlich kann auch der Diphtheriebacillus gefunden werden. Es ist zweckmässig tonsillotomirte Patienten von allen möglichen Infectionsquellen fernzuhalten, und wo möglich während einer Diphtherieepidemie überhaupt nicht zu operiren.

LEFFERTS.

54) **H. Tilley. Eine neue Tonsillenzange. (A new tonsil forceps.)** *Lancet. 5. Mai 1900.*

Ein Instrument ähnlich dem Kretschmann'schen, doch von vorn nach hinten schneidend. Die Abbildung ist der Beschreibung beigegeben. Zu beziehen von Mayer u. Meltzer.

ADOLPH BRONNER.

55) **D. Aitken. Eine Tonsillen-Guillotine. (A tonsil guillotine.)** *British Med. Journal. 14. Juli 1900.*

Ein Instrument, dass einige Verbesserungen der gewöhnlichen Guillotine enthält.

ADOLPH BRONNER.

d. Diphtheritis und Croup.

56) **Hopf** (Thun). **Ueber das Vorkommen des virulenten Diphtherie-Bacillus auf der Schleimhaut des Rachens ohne typische Erscheinungen.** *Berner Dissertation. Bern bei Kämpfe. 1900.*

Die hauptsächlichsten Schlüsse sind: bei 70 pCt. der gesunden Angehörigen Diphtheriekranker und an Angina lacunaris und catarrhalis Leidender, bei denen Diphtheriebacillen die Ursache des Leidens bilden, kommt der Diphtheriebacillus im Rachen vor und zwar proportional den ungünstigen Wohnungsverhältnissen. Meist ist die Virulenz der Bacillen eine schwache, doch giebt es auch nicht wenige Menschen, bei welchen vollvirulente Bacillen ohne klinische Symptome nachzuweisen sind. Wenn die Bacillen gleich im Originaldeckglaspräparat nachgewiesen werden können so ist das ein Beweis, dass sie sich reichlich auf der Rachenschleimhaut finden.

Von den sog. Pseudodiphtheriebacillen könne man annehmen, dass es wirkliche Diphtheriebacillen sind, welche vom parasitären in das saprophytische Stadium übergegangen sind; u. a. m.

JONQUIÈRE.

57) **E. E. Laslett. Die Behandlung schwerer Diphtheriefälle mit Salzinfusionen (The treatment of severe cases of Diphtheria with saline infusions.)** *Lancet 20. October 1900. N. Y. Medical Record. 3. November 1900.*

Es wurden 15 schwere Fälle behandelt. 300—450 g warme Salzlösung (2 Theelöffel voll gewöhnliches Salz auf 1/2 Liter Wasser) wurden unter die rechte Brusthaut injicirt. Die Behandlung scheint die Häufigkeit der Anfälle von Herzschwäche und, wenn solche eingetreten sind. ihre Gefahr zu verringern.

ADOLPH BRONNER.

58) **W. H. Park. Die Möglichkeit der Elimination der schädlichen Stoffe der Heilsera, bei gleichzeitiger Retention der antitoxisch wirkenden Stoffe. (The possibility of eliminating the deleterious while retaining the antitoxic effects of antitoxic sera.)** *Archives of pediatrics. November 1900.*

Antitoxine sind wahrscheinlich Substanzen von Globulineigenschaften. Sie können nach dem Stand unser gegenwärtigen Kenntnisse noch nicht von gewissen Bestandtheilen des Serums getrennt werden, welche bei empfänglichen Personen unangenehme Nebenwirkungen haben. In der Praxis können wir kaum mehr thun als im allgemeinen das Serum gesunder Thiere zu benutzen, welche während der Immunisirungsperiode gesund geblieben sind und welche in ihrem Blut eine genügende Antitoxinconcentration haben. Diese soll nicht unter 200 Einheiten pro ccm betragen.

Folgende Methode ist jetzt im Gebrauch: Jeder Aderlass vom Pferd giebt ungefähr 3000 ccm Serum welche, bei der gewöhnlichen Stärke von 3—400 Einheiten pro ccm für ungefähr 200 Patienten ausreichen. Das Serum von möglichst vielen Aderlässen soll zuerst bei 10 leichten Fällen unter unmittelbarer Controle der Gesundheitsbehörden angewandt worden. Das Serum von einem Aderlass welches deutliche Eruptionen verursacht, soll ausgeschaltet werden. Das Serum der besten Aderlässe soll für die schwersten Fälle aufbewahrt werden, die im

Spital oder durch ihre zuständige Gesundheitsbehörde behandelt werden. Der Rest des guten Serums soll in der gewöhnlichen Weise verwandt werden. Dies ist nur ein kleines Resultat der Bestrebungen zur Besserung des Antitoxins, welche seit einiger Zeit in den Laboratorien des New-Yorker Gesundheitsamts verfolgt werden. Vielleicht wird die Zukunft erfolgreicher sein. EMIL MAYER.

59) **Koester, Park, Mc Collom. Ueber Antitoxin. (Symposium on Antitoxin.)** *N. Y. Medical News. 3. November 1900.*

Köster befürwortet, auch bei verdächtigen Halserkrankungen Antitoxin zu geben und dann hinterher die bacteriologische Diagnose zu machen; wenn sich dann herausstellt, dass keine Diphtherie vorliegt, so ist damit auch kein Schaden geschehen, während im positiven Fall die Krankheit im Keime erstickt ist.

Dosirung von Antitoxin richtet sich nach Ausdehnung und Dauer der Krankheit, weniger nach dem Alter des Patienten: 2000 E. für leichte Fälle, 3 bis 4000 wenn Uvula und Tonsillen mitergriffen sind, 4—5000 bei Betheiligung der Nase, sowie des Larynx. Wenn der Belag in dem Pharynx nicht verschwindet, Wiederholung der Dose. Bei septischen Formen 5 -6000 A. E. auf einmal.

Extraorale Diphtherie z. B. Ausfluss aus Nase oder Ohren bei Kindern, die der Ansteckung ausgesetzt sind, wird durch Antitoxinbehandlung schnell beseitigt.

Technik der Injection: die Injection soll wegen Gefährdung der Pleura nicht in den Rücken sondern in die Glutäalmuskulatur gegeben werden.

Zur Immunisirung in Wohnhäusern bevorzugt Köster Dosen von 300 bis 500 E. vor den gewöhnlichen Dosen von 150—300. Er hat im Ganzen 1800 Fälle immunisirt und nur bei 4 Fällen davon die Entwicklung einer Halsmembran beobachtet.

Bezüglich Quantität und Grad des Antitoxins bemerkt Park dass 1000 E. genügen, um 2 l Bouilloncultur virulenter Diphtheriebacillen zu neutralisiren und 100,000 Meerschweinchen gegen eine tödtliche Dose Diphtherieantitoxin zu schützen. Deshalb soll man die Antitoxingabe, die genügt um das Diphtherietoxin in dem kranken Körper zu neutralisiren, auch nicht unnöthigerweise überschreiten.

Grosse Dosen von Antitoxin hat Mc Collom angewandt, aber niemals schädliche, oft entschieden lebensrettende Folgen davon gesehen. Er hat 30 bis 60,000 E. bei Diphtherie angewandt.

In über 600 Fällen hat er stets den Urin sorgfältig auf Eiweiss untersucht, und in keinem Falle dabei weder Ansteigen der diphtherischen Albuminurie noch Urinverminderung vermerkt. Im Gegentheil die Albuminurie war bei den antitoxisch behandelten Fällen geringer als man sie gewöhnlich in unbehandelten Fällen findet. LEFFERTS.

60) **Wm. H. Park. Die zur Behandlung der Diphtherie erforderliche Diphtherie-Antitoxindosis. (The quantity of diphtheria antitoxin required in the treatment of diphtheria.)** *Archives of pediatrics. November 1900.*

Verf. tritt auf Grund seiner Beobachtungen in Hospital und Privatpraxis für folgende Dosirung ein:

Sehr milde Fälle . . . 1000—1500 E. als erste Dose
Mässig schwere Fälle . 2000—3000 „ „ „ „
Sehr schwere Fälle . . 4000—5000 „ „ „ „
Larynxfälle je nach ihrer Schwere 2000—5000 E.

Kindern unter 1 Jahr soll etwa $^1/_3$ weniger gegeben werden als grösseren Kindern oder Erwachsenen. Wenn die Entzündungserscheinungen 12 Stunden nach der Einspritzung noch im Fortschreiten begriffen sind, oder nach 18 Stunden Schwellung und Congestion noch weiter zunehmen, muss die Dose wiederholt werden. Er ist im Ganzen gegen die Anwendung zu grosser Dosen, wünscht aber lieber ein zuviel als ein zu wenig. EMIL MAYER.

61) **E. Trevelyan. Die diphtheritischen Lähmungen. (The diphtheritic paralysis.)** *Lancet. 2. November 1900.*

Bemerkungen zu 6 Fällen. Es kommen drei Formen von Lähmungen vor: 1. localisirte, 2. allgemeine, 3. cardiopulmonäre. Ruhe ist in allen diesen Fällen von der grössten Bedeutung und zwar nicht nur in der Behandlung ausgebildeter Lähmungen, sondern auch in prophylaktischer Hinsicht. Wenn die geringste Complikation mit dem Herzen besteht, muss absolute Ruhe angeordnet werden, der Patient darf dann nicht einmal selbst essen. (? Red.) ADOLPH BRONNER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

62) **Musson. Acute Kehlkopfentzündung. (Acute laryngeal inflammation.)** *N. Y. Medical Record. 9. Februar 1901.*

Rp. Menthol 0,3 (oder Chloroform. gtt. 1)
Tinct. opii camphorat. 15,0
Tinct. benzoës comp. q. s. ad 60,0.
MDS. 1 Theelöffel voll auf 1 Topf heissen Wassers zur Inhalation.

LEFFERTS.

63) **Brindel. Laryngitis beim Kinde. (Infantile Laryngitis.)** *N. Y. Medical Record. 9. März 1901.*

Es giebt eine Form von kindlicher Larynxtuberculose ulcero-ödematösen Charakters. Sie verläuft stets tödtlich und zwar sehr schnell, je nach Alter, Zustand der Lungen, Respirationsbehinderung in Folge der Stenose. Nach seiner Ansicht kann Tuberculose die oberen Luftwege primär befallen, wobei gewöhnlich intensive Dysphagie und frühzeitige Stimmstörungen entstehen. Derartige Symptome bei Kindern sollten stets den Verdacht auf diese Form der Tuberculose erwecken. LEFFERTS.

64) **J. S. Gibb. Oedematöse Laryngitis. (Oedematous Laryngitis.)** *N. Y. Medical Journal. 8. Juli 1901.*

Verf. beschreibt die ödematöse Laryngitis als einen Entzündungsprocess der Schleimhaut, begleitet von seröser submucöser Transsudation. Durch die verschiedenen Bezeichnungen ist viel Verwirrung entstanden, und man soll scharf

unterscheiden zwischen einfachem nicht entzündlichem und entzündlichem Oedem. Viel Confusion ist auch dadurch producirt, dass man die verschiedenen Oedemformen alle unter einen Hut bringen wollte. Verf. bespricht 4 Fälle. Bezüglich der Aetiologie des idiopathischen Oedems unterscheidet man an verschiedenen Formen: solche ohne wirkliche Entzündung der Schleimhaut, acute catarrhalische Formen mit gleichzeitiger Verdickung der Schleimhaut, secundäre septische Processe mit zymotischen Affectionen, und endlich die infectiösen Affectionen. Zwischen den beiden letzteren existirt keine scharfe Grenze, sie umfasst eben die secundären Larynxaffectionen. Bei Influenzaepidemien sehen wir z. B. derartige Fälle, die zur Entwicklung von Oedem der Pharynx- und Larynxschleimhaut eine gewisse Neigung haben. LEFFERTS.

65) **M. Lubet-Barbon** (Paris). **Acutes entzündliches Oedem und Abscess im Larynx. (Oedème aigu inflammatoire et abscès du larynx.)** *Rev. hebd. de laryng. No. 25. 22. Juni 1901.*

Klinische Studie über das acute Larynxödem. Verf. hält es für möglich, die Tracheotomie dabei zu vermeiden, indem man durch beruhigende und antiphlogistische Mittel Zeit gewinnt. E. J. MOURE.

66) **J. L. Goodale. Chronische Laryngitis bei Kindern. (Chronic laryngitis in children.)** *Annals of Gynecology and Pediatry. Mai 1901.*

Diese Affection wird in 3 Gruppen eingetheilt; solche die 1. verursacht sind durch Verstopfung der Nase und daraus resultirende Mundathmung.

2. Durch Ueberanstrengung der Stimme.
3. Durch mangelhafte Coordination der inneren Kehlkopfmuskeln.

EMIL MAYER.

67) **Natier** und **Rousselot. Laryngitis nodularis und Respirationsstörungen be Neuropathischen. Physiologische Behandlung. (Laryngite nodulaire et troubles respiratoires chez des névropathes. Traitement physiologique.)** *Rev. hebd. de laryng. No. 25. 22. Juni 1901.*

Ausgehend von der Vorstellung, dass die Knötchen bei Neuropathischen die Ursache der respiratorischen Ueberanstrengungen paretischer Stimmbänder sind, schlagen die Verff. gymnastische Athemübungen vor, um die Knötchen auf den Stimmbändern zum Verschwinden zu bringen. E. J. MO RE.

68) **Trofimow** (Kiew). **Laryngitis submucosa infectiosa.** *Allgem. Wien. med Zeitung. 1901. No. 8 u. 9.*

Beobachtung eines tödtlich verlaufenen Falles von primärer Kehlkopfphlegmone. — Der Sectionsbefund ergab: erysipelatös-phlegmonöse Entzündung des Kehlkopfes, Septicämie, eitrige Infiltration der Muskeln und des Zellgewebes der perilaryngealen Knorpel — necrotisirende Hepatitis — Tracheotomiewunde.

Die Erkrankung begann plötzlich mit Schüttelfrost, hohem Fieber, das anhielt und führte rasch zum Exitus in Folge septischer Intoxication. CHIARI.

69) **O. T. Freer. Die Behandlung der Laryngitis. (The treatment of laryngitis.)** *N. Y. Medical Journal. 8. Juni 1901.*

Verf. empfiehlt locale und allgemeine Behandlung; erstere durch Spray, mit dem man überall hinkommt. Pulver sind nicht so zuverlässig und die Sonde ist zu gefährlich bei dem schon sowieso entzündlichen Gewebe. Jede acute Laryngitis ist infectiös. (? Red.) Alle Fälle können nicht mit Adstringentien behandelt werden. Wo das Oedem zu stark wird, wird das Messer nöthig. Wenn Bindegewebeneubildung besteht mit Knötchen oder Faltenbildung, wird frühzeitige Scarification empfohlen. Chronisch geschwollene Stimmbänder werden am besten mit zahlreichen kleinen longitudinalen Incisionen behandelt. Ichthyol ist zur Contraction des Gewebes sehr zweckmässig. Die Schwierigkeit, den Spray zwischen die Stimmbänder zu bringen, wird erleichtert durch die Anwendung einer langen Röhre, die bis zu den Stimmbändern reicht.

LEFFERTS.

70) **Notiz des Herausgebers. Der Wegesenf gegen Larynxkatarrh. (The hedge mustard for laryngeal catarrh.)** *N. Y. Medical Journal. 8. September 1900.*

Der Wegesenf war vor 200 Jahren in hohem Ansehen und auch zu Beginn des neunzehnten Jahrhunderts noch beliebt als Mittel gegen Kehlkopfcatarrh, wie Brissemoret hervorhebt. Neuerdings hat Harmary von Neuem auf seine Heilwirkung bei acutem und chronischem Catarrh aufmerksam gemacht. Besonders bei Sängern will er damit Heiserkeit, sogar völlige Aphonie in einem Tag curirt und eine klare Stimme wieder hergestellt haben.

LEFFERTS.

71) **Notiz des Herausgebers. Gegen katarrhalische Aphonie. (For catarrhal aphonia.)** *N. Y. Medical Journal. 4. Mai 1901.*

Rp. Natrii benzoic. 5,4
Alcohol. radic. aconit. gtt. XX
Aq. lauroceras. 3,0
Syrup. tolu
Syrup. Codeini ana 30,0
Aquae 50,0.

M. In vier gleichen Portionen im Lauf von 24 Stunden zu nehmen.

Ein trockener Watteverband mit Flanellbinde soll während der Nacht angelegt werden.

LEFFERTS.

72) **H. Beaman Douglas. Behandlung entzündlicher und ulcerativer Zustände im Larynx. (A practioners treatment of inflammatory and ulcerative conditions of the larynx.)** *The Post-Graduate. Juni 1901.*

Wir citiren des Verf. eigne Worte: „Eine Arbeit über ein so abgedroschenes Thema kann nichts Neues bringen."

EMIL MAYER.

73) **Fein. Die Behandlung der typischen Pachydermia laryngis mit Salicylsäure.** *Münch. med. Wochenschrift. No. 33. 1900.*

F. empfiehlt Bepinselungen von Acid. salicyl 1,0, Aq. destill. und Spir. vini ana 5,0 jeden zweiten Tag; der so behandelte Kranke klagte über kein Unbehagen.

SCHECH.

74) **Lublinski. Zur Behandlung der Pachydermia laryngis mit Salicylsäure.** *Münch. med. Wochenschrift. No. 47. 1900.*

L. hat zwar von der Salicylbehandlung nicht so gute Resultate gesehen wie Fein, bleibt aber doch bei diesem Mittel, das er in folgender Formel verwendet: Acid. salicyl 1,0, Spir. vini rectif., Aq. destill. ana 5,0 oder auch mit Glycerin einzupinseln. Diese Mittel wendet er auch bei Leukoplakie an, die er mit Pachydermie ätiologisch und klinisch für nahe verwandt betrachtet, aber 2—4 mal täglich, was nur im Kehlkopfe nicht möglich ist.

SCHECH.

75) **Samuel Cohn. Ueber einen Fall von ulceröser Laryngitis, der Tuberculose vortäuschte und auf mercurielle Behandlung prompt zurückging. (Report of a case of ulcerative laryngitis simulating tuberculosis which promptly yielded to mercurial treatment.)** *Annals of Otology, Rhinologie and Laryngology. November 1900.*

Der Fall wird berichtet um zu illustriren, wie zweckmässig es ist, einen Patienten von zweifelhafter Diagnose unter milde Quecksilberbehandlung zu stellen, selbst wenn die Anamnese gar keine Anhaltspunkte für Syphilis ergiebt. In vorliegendem Fall heilte die Anfangs für Tuberculose gehaltene Erkrankung prompt und dauernd.

EMIL MAYER.

76) **Gottlieb Kiaer. Tuberculöse Laryngitis bei einem 3jährigen Kinde. (Tuberculous laryngitis in a child 3 years age.)** *Laryngoscope. May 1901.*

Es bestand in dem Fall starke Schwellung der Epiglottis und der Ligamenta ary-epiglottica, so dass das Lumen des Larynx auf 3 mm reducirt war. Die Schleimhaut war stark geschwollen, roth und granulirt, die Stimmbänder nicht sichtbar, aber nirgends Ulceration zu sehen. Der Patient starb 6 Monate nach der Untersuchung. Erst bei der Obduction fand sich die Epiglottis geschwollen und starr. Die Schleimhaut der hinteren Epiglottisfläche war mit körnigen Excrescenzen besät, hier und da atrophisch und ulcerirt, wie abgenagt. Diese Schleimhautveränderungen erstreckten sich über das ganze Kehlkopfinnere. Die Stimmbänder sowie die Taschenbänder waren vollständig ulcerirt und der Eingang zu den Morgagni'schen Ventrikeln nur noch angedeutet. In der oberen Trachea fanden sich 2 hanfkörnergrosse oberflächliche Ulcerationen und nahe der Trachea, sowie entlang dem linken Bronchus grosse geschwollene Drüsen. Im oberen linken Lungenlappen waren Eitercavernen, die grösste von Haselnussgrösse. Beide Lungen wiesen ausserdem tuberculöse Herde auf, ebenso das obere Ileum, das Coecum und die linke Niere.

EMIL MAYER.

77) **W. Fowler. Tuberculöse Laryngitis. (Tuberculous Laryngitis.)** *N. Y. Medical Record. 15. September 1900.*

Rp. Menthol
Aeth. sulf.
Ol. pini silvetr.
Tinct. jodi aa 7,5
Tinct. benzoës ad 60,0.

MDS. 10 Tropfen auf einen Mund-Nasenathmer und denselben so lange als möglich tragen.

LEFFERTS.

78) J. F. Biggs. **Blutkur bei Larynxphthise. (Bloodcure of tubercular laryngeal Phthisis.)** *Gaillard's Med. Journal. December 1900.*

Nach Reinigung der ulcerirten Oberfläche mit Bovinin (Bovinine) und Hydrazon wurde der Larynx 3stündlich mit reinem Bovinin besprayt und ausserdem Bovinin innerlich gegeben. Die Ulcera heilten sehr schnell. EMIL MAYER.

79) J. C. Connell. **Larynxtuberculose. (Laryngeal Tuberculosis.)** *Kingston (Canada) Med. Quarterly. Januar 1901.*

Verf. verwirft Silbernitrat, Dampfinhalationen, Galvanokauter, Scarificationen und Ausschabungen in derartigen Fällen. Er gebraucht Morphium in Pulvern und Lösung, Cocain, Milchsäure und milde Sprays und will auf diese Weise Heilung erzielt haben. EMIL MAYER.

80) L. Vacher. **Behandlung der Larynxtuberculose durch intratracheale Jodoformätherinjectionen. (Treatment of laryngeal tuberculosis by intratracheal injection of jodoform in ether.)** *Philadelphia medical Journal. 19. Januar 1901.*

Verf. bediente sich dazu erfolgreich folgender Mischung: Jodoformgesättigter Aether 100,0, Guajacol 5,0, Eucalyptol 2,0, Menthol 1,0. 2 ccm oder noch weniger werden in die Trachea injicirt, ohne dass sie irgend welche erhebliche Beschwerden verursachen. Die Athemluft riecht noch einige Stunden deutlich nach Jodoform und Guajacol. Die Schmerzen im Kehlkopf lassen bei fortgesetzter derartiger Behandlung nach und der Allgemeinzustand hebt sich. EMIL MAYER.

81) J Homer Coulter. **Larynxtuberculose und ihre Behandlung mit reinem Guajacol. (Tuberculosis of the larynx and its treatment by pure juaiacol.)** *Laryngoscope. 1901. Annals of Otology, Rhinology and Laryngolog4. Februar 1901.*

Es werden zunächst bekannte Thatsachen berichtet. Verf. wendet submucöse Guajacolinjectionen an, von 20 pCt. rasch steigend auf 80 pCt., und hat befriedigende Resultate erzielt. Um die Application schmerzlos zu machen, gebraucht er zuerst eine Lösung von Holocain und Antipyrin. EMIL MAYER.

82) W. H. Porteous. **Primäre Larynxtuberculose. (Primary lanryngeal tuberculosis.)** *Northwestern Lancet. 1. März 1901.*

Verf. sieht in der Thatsache, dass die Larynxtuberculose directer Behandlung zugängig ist, ein günstiges Moment. Die Localbehandlung ist hier sogar erfolgreicher als beim Lupus der Haut. EMIL MAYER.

83) Bommier. **Tuberculöse Laryngitis. (Tuberculous Laryngitis.)** *N. Y. Medical Record. 2. März 1901.*

Im ersten Stadium gebe man einen Theelöffel folgender Lösung in einen Topf mit schwach siedendem Wasser und lasse den Kranken darüber inhaliren:

Rp. Tinct. canellae
— belladonnae
— opii aa 30,0
— Eucalypti 100,0.

Im zweiten Stadium giebt Milchsäure ausgezeichnete Resultate, aber die Application muss energisch und wiederholt vorgenommen werden.

Wenn Schmerz besteht:

Rp. Dijodoform 8,0
Cocain. hydrochl. 0,08
Morphini hydrochl. 0,04.
S. 4—8 Aspirationen täglich.

Zum Einblasen oder Gurgeln:

Rp. Cocain. hydrochlor. 1,0
Morphin. hydrochlor. 0,8
Acid. carbol. 1,0
Antipyrin 4,0
Glycerini puri
Aq. menth. pip. aa 50,0
Aq. dest. 300,0.

LEFFERTS.

84) W. Freudenthal. **Behandlung der Larynxtuberculose in Montefiore Home for chronic Invalids (N. Y.). (Treatment of laryngeal tuberculosis at the Montefiore Home for chronic Invalids [N. Y.].)** *Journal American Medical Association. 16. März 1901.*

Verf. ist der Ansicht, dass eine Art von „Praetuberculose“ des Kehlkopfes existirt. Als erfolgreiche Heilmittel gegen Larynxtuberculose empfiehlt er: 1. Suprarenalextract zur localen, vorläufigen Anaesthesirung. 2. Menthol-Orthoform-emulsion für länger dauernde locale Anaesthesirung. 3. Oliven-, Mandel- oder Sesamöl zur Erleichterung des Schlingactes. 4. Phototherapie. 5. Heroin gegen den bronchialen Husten. 6. Er verzichtet auf die Milchsäure, die er als veraltetes und barbarisches Mittel betrachtet.

EMIL MAYER.

85) Senesse. **Primäre Larynxtuberculose. (Primary tuberculosis of larynx.)** *N. Y. Medical Record. 30. März 1901.*

Rp. Acid. carbol. 1,0
Jodi 0,05—0,1
Kal. jod. 0,1—0,25
Tinct. opii 1,0—2,0
Glycerini 45,0—120,0.

MDS. 1 Theelöffel voll in 1 Glas warmes Wasser Morgens und Abends zu nehmen.

LEFFERTS.

86) J. W. Gleitsmann. **Zwei Fälle von geheilter primärer Pharynx- und Larynx-tuberculose. (Primary pharyngeal and laryngeal tuberculosis. Two cases cured.)** *The Journal of Tuberculosis. April 1901.*

Der eine Patient ist seit 2 Jahren von seiner Halsaffection geheilt, der andere lebt schon seit 12 Jahren in völliger Gesundheit nach Ausheilung seiner Larynx- und Pharynxerkrankung. Verf. führt die Heilung auf Behandlung mit Milchsäure und Curettement zurück, ohne welche die beiden Patienten seiner Ueberzeugung nach nicht mehr am Leben wären.

EMIL MAYER.

87) **Edward Martin. Gastrostomie zur Erleichterung schmerzhafter Schlingbeschwerden bei tuberculöser Laryngitis. (Gastrostomy for the relief of painful deglutition incident to tuberculous laryngitis.)** *Therapeutic Gazette. 15. April 1901.*

Verf. betont, dass die Operation so leicht ausführbar, so sicher und so selten von üblen Folgen begleitet ist, dass sie bei Fällen von Krebs der Zunge, des Halses oder des Larynx und überhaupt bei Zuständen, die die Nahrungsaufnahme per os gefährlich oder schmerzhaft machen, sehr zu rathen sei. In einem derartig operirten Falle trat prompte Heilung ein.

EMIL MAYER.

88) **Notiz des Herausgebers. Gegen tuberculöse Laryngitis. (For tuberculous Laryngitis.)** *N. Y. Medical Journal. 15. Juni 1901.*

In den letzten Stadien von tuberculöser Laryngitis wirkt folgende Insufflation schmerzlindernd:

Rp. Jodoformii 7,5
Cocaini hydrochlor. 0,1
Morphini hydrochlor. 0,03.
M. Eine kleine Quantität mit gebogener Glasröhre einzublasen.

LEFFERTS.

89) **Jeanne. Syphilis des Kehlkopfes. (Syphilis du larynx.)** *Société de médecine du Rouen. 12. November 1900.*

Schwere Anfälle von Kehlkopfstenose machten Tracheotomie erforderlich. Unter dem Einfluss specifischer Behandlung trat schnelle Besserung ein.

PAUL RAUGÉ.

90) **Emma E. Musson. Behandlung syphilitischer Ulcerationen im Larynx und acutes Glottisödem. (Treatment of syphilitic ulceration of larynx and acute edema of the glottis.)** *New Orleans Medical and Surgical Journal. December 1900.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

f. Schilddrüse.

91) **Cristiani. Entwickelung verpflanzter Schilddrüsen. (Developpement des greffes thyroidienne.)** *Société de Biologie. 10. September 1900.*

Wenn man jungen Ratten Schilddrüsenpartikel einpflanzt, so zeigt sich nach 6 Monaten, dass sie gewachsen sind. Es haben sich dann ausser dem eingeimpften Gewebe neue Schilddrüsenelemente geformt.

Dieser Vorgang verhält sich analog der embryonalen Entwickelung der Drüse und der Bildung der hyperplastischen Struma.

PAUL RAUGÉ.

92) **Carl Beck. Allgemeines über den Kropf und seine Behandlung.** *N. Y. med. Wochenschrift. October 1900.*

Von rein chirurgischem Interesse.

EMIL MAYER.

93) **J. K. Hamilton** (Adelaide, S.-Australien). **Einseitige Struma mit Stimmbandlähmung. (Unilateral thyroid enlargement with paralysis of one vocal cord.)** *Australasian Medical Gazette. 20. October 1900.*

Ein 56jähriger Mann leidet seit 3 Monaten an einer harten Schwellung des linken Schilddrüsenlappens; der Larynx ist nach rechts verdrängt, das linke Stimmband complet gelähmt. Pat. war der Anamnese nach syphilitisch und antisyphilitische Behandlung brachte die Schwellung zum Schwinden; die Stimmbandlähmung aber blieb bestehen, ohne dass irgend ein Zeichen für Erkrankung im Kehlkopf zu finden war.

A. J. BRADY.

94) **J. K. Hamilton** (Adelaide, S.-Australien). **Eine Praethyreoidcyste. (A prethyroid cyst.)** *Australian Medical Gazette. 20. October 1900.*

Es handelt sich um ein Kind von 6 Jahren; die Symptome waren durch cystische Erweiterung des Ductus thyreoglotticus verursacht. Die Erscheinungen kehrten zweimal nach Exstirpation der Gewebspartien im Sinus wieder; erst eine dritte Operation, bei welcher der Sinus geschlossen wurde, war erfolgreich.

A. J. BRADY.

95) **Zuber. Basedowische Krankheit beim Kinde. (Maladie de Basedow dans l'enfance.)** *Archives de Médecine des Enfants. October 1900.*

Den drei von Steiner (Wien) publicirten Fällen von Basedow'scher Krankheit beim Kinde fügt Verf. eine vierte Beobachtung aus der Grancher'schen Abtheilung bei. Das Leiden entwickelte sich sehr schnell und ging in Heilung aus.

PAUL RAUGÉ.

96) **M. F. Coomes. Bericht über einen Fall von Entfernung der sympathischen Cervicalganglien bei Basedow'scher Krankheit. (Removal of the cervical sympathetic ganglia for the relief exophthalmic goitre; with the report of a case.)** *N. Y. Medical Record. 13. October 1900.*

Verf. berichtet nach einigen einleitenden Bemerkungen über Basedow'sche Krankheit, dass er am 7. April 1900 an einer 29jährigen Farbigen drei sympathische Cervicalganglien auf der rechten Seite entfernt habe. Es handelte sich um einen durchaus typischen Fall, der schon seit 2 Jahren von verschiedenen Aerzten in der üblichen Weise behandelt worden war. Die Temperatur vor der Operation war 38,3° bei 140 Pulsen. Nach der Operation fiel die Temperatur auf 38°; der Puls variirte noch am 3. Tage, betrug aber am 19. April, dem Tage der Entlassung aus dem Hospital, 110 in der Minute bei normaler Temperatur. Es bestand keinerlei Eiterung, die quälenden Symptome verschwanden allmälig; die Augen traten merklich zurück, die Nervosität verlor sich fast ganz, der Schlaf wurde ruhig, und das Körpergewicht nahm zu.

LEFFERTS.

g. Oesophagus.

97) **Holzknecht. Oesophagusstrictur. (Stricture of the Oesophagus.)** *N. Y. Medical News. 6. October 1900.*

Die Diagnose ist gewöhnlich leicht durch die Oesophagussonde zu erbringen,

jedoch die Anwendung derselben nicht immer zulässig, sei es wegen Verdacht auf Aneurysma der Aorta, wegen Haematemesis, Schwäche oder Abneigung des Pat. Unter solchen Umständen giebt eine von Holzknecht beschriebene Methode oft gute Aufklärung über Localisation, Caliber und Länge einer etwaigen Strictur auf einfache und ungefährliche Weise. Man giebt dem Pat. eine Solution von 15 bis 30 g Wismuth zu trinken; wenn eine Strictur besteht, bleibt dieselbe an der verengerten Stelle sitzen und kann nun mit Röntgenstrahlen wahrgenommen werden. Wenn das nicht zum Ziele führt, kann man das Wismuth auch in Kapseln geben und nun den Schluckact beobachten. Wenn das auch fehlschlägt, verabreicht man die Wismuthkapsel zugleich mit einem Stückchen Brot, das sicherlich stecken bleibt.

LEFFERTS.

98) **Fortin. Oesophagusstenose; lineare Elektrolyse. (Rétrécissement de l'oesophage. (Elektrolyse linéaire.)** *Société de médecine de Rouen. 8. October 1900.*

Günstiges Resultat bei einem 61jährigen Kranken, der an Stenose durch Neubildung litt.

Der Kranke vermochte sich zu ernähren. Man erhält das Lumen des Oesophagus durch wiederholte Dilatationen aufrecht.

PAUL RAUGÉ.

99) **Cestan. Neoplastische Stenose des Oesophagus. Gastrostomie. (Rétrécissement néoplastique de l'oesophage. Gastrostomie.)** *Société anatomo-clinique de Toulouse. 20. October 1900.*

Der von C. operirte Kranke trägt eine Magenfistel in der Höhe der Knorpel der linken falschen Rippen.

Diese Oeffnung lässt eine Sonde passiren, ist vollkommt dicht und lässt keinen Mageninhalt austreten.

PAUL RAUGÉ.

100) **Starck. Die Verwendung der Divertikelsonde bei Oesophagustumoren.** *Münch. med. Wochenschrift. No. 49. 1900.*

In den einfachen Magenschlauch, der in jedem Caliber erhältlich ist, wird ein leicht biegbarer Kupferdraht oder ein entsprechend dicker Bleimandrin bis zum Ende eingeführt und nun letzterem in jeder beliebigen Höhe jede beliebige Krümmung gegeben, damit man allenfallsige Hindernisse überwinden kann. Die Details sind im Original zn lesen.

SCHECH.

101) **Albu. Ueber Symptome und Behandlung des Oesophaguskrebses. (Concerning the symptoms and treatment of cancer of the Oesophagus.)** *N. Y. Medical Journal. 13. October 1900.*

Verf. ist der Ansicht, dass der Oesophaguskrebs immer häufiger wird und an Frequenz das Magencarcinom noch übertrifft. Oesophaguskrebs wird viel öfter erkannt, weil seine Symptome charakteristischer sind und seine Diagnose leichter, besonders wo Stenose und Schlingbeschwerden bei fester Nahrung vorhanden sind. Die Differentialdiagnose des Carcinoms von anderen Oesophaguserkrankungen ist nur wichtig hinsichtlich der Prognose. Die Diagnose zwischen spastischer oder organischer Stenose hängt von gleichzeitigen neurasthenischen oder hysterischen Symptomen ab, von der Constanz der Stenoso und dem Verlauf der Erkrankung.

LEFFERTS.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Leopold von Schrötter. Zur Casuistik der Fremdkörper in den Luftwegen. Stuttgart, Verlag von Ferd. Enke. 1901. Preis 5 Mark.

Als Herausgeber dieses Buches zeichnet eigentlich die k. k. III. medicinische Universitätsklinik, also nicht eine Person; sondern ein Institut und das Buch selbst ist keine Abhandlung, sondern ein „wissenschaftlicher Catalog“ von 130 Fremdkörpern, die in den oberen Luftwegen entdeckt und zum allergrössten Theil entfernt wurden. Es werden die Fremdkörper mit den dazu gehörigen Abbildungen und Krankengeschichten nach dem Fundort aufgeführt: also in der Mundhöhle, den Tonsillen, dem Zungengrund, der Rachenwand, dem Sinus pyriformis und der Speiseröhre, ferner im Kehlkopf, der Luftröhre, den Bronchialästen und der Nasenhöhle.

Die grosse Zahl der Fremdkörper, unter denen die sonderbarsten Curiositäten figuriren, muss Jeden in Erstaunen setzen und die Art, mit der es gelang, sie zu entfernen, spiegelt deutlich die Vollendung specialistischer Geschicklichkeit wieder. Bei dem Durchwandern der Krankengeschichten erscheint der Titel „Catalog“ sehr bescheiden; man geht wie durch eine Triumphstrasse ärztlicher Dexterität und sieht zugleich die Wandlungen und Fortschritte der Laryngologie, die unsere Specialdisciplin in den letzten 30 Jahren durchgemacht hat, bis zur Mitbenutzung der Röntgenstrahlen und der Bronchoskopie.

Der Catalog gewährt einen schönen Blick auf die Leistungsfähigkeit dieses kleinen endochirurgischen Gebietes und zeigt die Unentbehrlichkeit aller technischen Feinheiten bei der Bewältigung der aufregenden Schwierigkeiten, wie sie die Fremdkörperentfernung mit sich zu führen pflegt. Avellis (Frankfurt a. M.).

b) William A. Aikin. The voice its physiology and cultivation. (Die Stimme, ihre Physiologie und Ausbildung.) London, Macmillian & Co. 1900.

Verf. wünscht mit diesem Buche, durch die Ausnutzung und Popularisirung wissenschaftlicher, vor Allem physiologischer Kenntnisse, den Unterricht der Stimmbildner und Gesanglehrer zu verbessern, zu erleichtern und die einzelnen Thesen der Gesangsmethoden, soweit angängig, auf eine breitere wissenschaftliche Basis zu stellen. Er bespricht Stimme, Athemführung, Resonanz, Vocalbildung und Kehlkopf und fügt Methoden bei, die zur richtigen Einübung von Tonbildung und Athemtechnik als dienlich empfohlen werden. Für diejenigen, die so viel Zutrauen zu dem bis jetzt erreichten Zustande unserer Wissenschaft haben, dass sie auf dieser unvollkommenen Basis fest wie auf Gesetzesboden zu stehen meinen, ist das anregend und mit grosser Sachkenntniss geschriebene Werk eine prägnante und nicht durch allzuviel Anatomie beschwerte Lectüre, für diejenigen aber, für die die Cultur der Stimme kein physikalisches und auch kein kehlkopfphysiologisches Problem darstellt, sondern in erster Linie die Summe erworbener und ererbter höherer geistiger Anlagen — kurz ein Geistesproduct,

wie die Quelle jeder Stimmbildung: die Sprache selbst — für diejenigen Leser wird der Gewinn aus der Lectüre des Werkes zwar anregend sein, aber sie werden die Hoffnungen, die Verf. an sein Büchlein knüpft, nicht theilen können. Nach dem Verf. ist z. B. die Formation unseres Gesangsorgans eine rein physikalische Sache, wie eine Geige von Stradivarius, sodass, wenn Joachim auf einer solchen Geige spielt, er in Wirklichkeit nur das vollendete Erzeugniss von Stradivarius hervorbringt!

Die Töne beim Gesangsorgan liegen nicht fertig gebildet da, so dass der Lehrer nur zu zeigen braucht, wie sie der Schüler am besten heraus befördert. Zum Singen eignet sich jeder gesunde Kehlkopf; damit das Instrument gespielt werden kann, dazu gehört: Sinn für Rythmus, Tonhöhe, Klangfarbe, Melodie und Gedächtniss. Diese fünf Dinge sind nicht bloss die Grundlage aller Musik, ohne sie kann auch ein „Apollokehlkopf" nichts produciren und sie alle fünf entziehen sich einer hinreichenden physikalischen und physiologischen Erklärung und wo sie fehlen, der lehrmässigen Uebertragung. Darum ist die Schönheit des Gesanges, sagen wir, seine Culturhöhe nach Garcia nicht gestiegen und nach Helmholtz nicht in wissenschaftliche Bahnen eingelenkt, so sehr wir Laryngologen diese Schwenkung hätten wünschen müssen. Der Sänger Garcia schenkte uns Medicinern eine ganz neue Wissenschaft und wir sind ihm die Gegengabe — bis jetzt noch — schuldig geblieben. Das ist wenigstens die Ansicht des Referenten, (und auch die des Herausgebers dieses Blattes. F. S.).

Avellis (Frankfurt a. M.).

---

c) Londoner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 2. November 1900.

Vorsitzender: F. de Havilland Hall.

Stewart demonstrirt einen Fall von grosser laryngealer Cyste, ausgehend von den Stimmbändern bei einer 70 jährigen Frau. Die Symptome gehen schon Jahre lang zurück.

W.G. Spencer: Präparat eines Oesophaguskrebses, der complete Kehlkopflähmung verursachte.

Patient wurde mit schnell wachsender Dyspnoe aufgenommen. Es wurde Thyrotomie ausgeführt und die Kehlkopflähmung dabei constatirt. Das linke Stimmband wurde völlig entfernt und die Dyspnoe verschwand mit zunehmender Heilung. Der Tod trat in Folge von Fistelbildung des Oesophagus nach der Trachea ein. Der Tumor hatte beide N. recurrentes in Mitleidenschaft gezogen. An der Stelle des linken Stimmbands fand sich eine feine Narbe.

Der Vorsitzende betonte die Erleichterung der Dyspnoe durch die Operation.

Sir Felix Semon hebt hervor, dass die Dyspnoe sich wahrscheinlich wieder eingestellt hätte, wenn der Patient etwas länger gelebt hätte. Es ist nämlich bekannt, dass sich nach Entfernung eines Stimmbands wegen Krebs gewöhn-

lich wieder ein narbiger Strang an derselben Stelle entwickelt. Desshalb hat auch diese Operation bei kehlkopfpfeifenden Pferden keine guten Resultate.

W. G. Spencer: Progressives Einsinken des Nasenrückens nach bilateralem Hämatom des Septums

Es bestand in diesem Fall vor 2 Jahren ein ausgesprochenes Hämatom als Folge eines Sturzes. Es trat aber Resorption des Blutes ein ohne irgend welche Formveränderung. In der Folge entstand dann eine Depression des Nasenrückens und Dislocation des Septums mit gleichzeitiger Verstopfung der Nase.

Zweifellos war dieses Resultat einer Chondritis und Erweichung zuzuschreiben, die an den von der Verletzung betroffenen Stellen eingetreten sein dürfte. Interessant ist dabei die allmälige Entwickelung der Deformität einige Zeit nach der Verletzung. Es bestanden in dem Fall keinerlei Anzeichen für congenitale Lues.

Der Vorsitzende und St. Clair Thomson erwähnten Fälle, in denen auf ein Hämatom Abscesbildung und entweder unmittelbare Depression der Nase oder überhaupt keine Deformität gefolgt war.

Paget, Watson Williams und Baber halten es für unwahrscheinlich, dass eine Zerstörung des Knorpels an sich Deformität der Nase verursacht.

Grant und Lack sehen es für möglich an, dass eine beim Unfall entstandene Deformität des Knochens Anfangs durch entzündliche Schwellung verdeckt war.

Wingrave bemerkt, dass ein Trauma mehr Einfluss auf die Form des Organes hat, wenn es zur Zeit des Wachsthums erfolgt.

Barclay Baron: Larynxtumor bei einem 49 jährigen Manne.

Der Kehlkopf war in diesem Fall von einem sehr grossen Tumor mit unregelmässiger Oberfläche ausgefüllt. Symptome von Larynxobstruction sind erst seit 6—7 Monaten aufgetreten. Der Tumor nimmt beständig an Grösse zu, scheint eher gutartig.

Watson Williams: Zange zum Durchschneiden der Siebbeinzellen.

Die schneidenden Enden bestehen aus scharfen Spitzen zum Durchtrennen der Zellwände.

Herbert Tilley: Larynxtumor.

Ein stielloser Tumor von granulirter warziger Oberfläche ging von den vordern zwei Dritteln des linken Stimmbandes aus. Es besteht Verdacht auf Lungentuberculose.

Dundas Grant: Fall von wahrscheinlich primärem syphilitischen Ulcus der Tonsille.

Die 30jährige Patientin klagt seit 3 Monaten über Halsschmerzen. Die Diagnose wird bei gleichzeitiger Hauteruption auf Syphilis gestellt. Die rechte Tonsille ist erheblich vergrössert und auf dem oberen Drittel findet sich eine unregel-

mässige syphilitische Ulceration. Leichte Schwellung der cervicalen Lymphdrüsen. Quecksilberinunctionen führten schnell zur Besserung.

Patientin war im 6. Monat gravide. Ihr Mann hatte an der Zunge alte Zeichen tertiärer Syphilis mit leichten Erosionen.

Dundas Grant: Alveoläres Epitheliom der Siebbeinzellen und des Antrum.

Es handelt sich um eine ausgedehnte maligne Erkrankung bei einer 53jähr. Frau. Es wurde Radicaloperation versucht, und der grössere Theil des Oberkiefers sowie des Siebbeins entfernt. Die Hautincision heilte per primam. Am 14. Tag verliess die Patientin das Hospital frei von Beschwerden. Der Boden der Kieferhöhle fand sich gesund und es konnten daher der Alveolarfortsatz geschont werden.

Spencer u. Bethan Robinson betonen die Schwierigkeiten einer völligen Entfernung der Erkankung.

Dundas Grant: Sarcom der Schilddrüse. Exstirpation. Tödtlicher Ausgang.

Harte Schwellung der Schilddrüse seit 6 Monaten, begleitet von laryngealem Stridor sowie Verdrängung und Oedem des Larynx. Die ganze Schilddrüse, die sarcomatös infiltrirt war, wurde entfernt. Dyspnoe während der Operation machte Tracheotomie nothwendig. Patient starb am 4. Tag an septischer Pneumonie.

Dundas Grant: Maligne Kehlkopferkrankung.

Sehr ausgedehnte Erkrankung, die die Zulässigkeit der Kehlkopfexstirpation zweifelhaft macht.

Spencer erwähnt, dass der Kranke über Ohrschmerz klagt, was auf Infiltration des hinteren Drittels der Zunge hinweist.

Wyatt Wingrave: Ein Fall von Larynxpapillomen.

Ein Fall von recidivirenden Papillomen an der vorderen Commissur und benachbarten Theile des linken Stimmbandes bei einem 8jährigen Kinde. Adenoide waren nicht vorhanden, aber das Kind athmete gewöhnlich durch den Mund, und hat diese Gewohnheit jetzt fast gänzlich aufgegeben. Der Larynx blieb einige Wochen frei von Tumoren. Die Annahme einer congenitalen Anlage liegt nahe.

Tilley betont die Leichtigkeit der Operation an einem chloroformirten Kinde, das sich in sitzender Stellung befindet.

Clair Thomson: Ein Larynxfall zur Diagnose (Tuberculose?).

Ein zweifelhafter Fall von Infiltration des Taschenbandes, der Arytaenoidregion etc.; später fand sich tuberculöses Sputum.

Waggett: Ein Fall von Larynxfractur.

Eine 52jährige Frau mit Fractur der rechten Ala des Schildknorpels in Folge von Gewaltanwendung. Es folgte der Verletzung schwere Dyspnoe mit äusserlicher Schwellung der verletzten Halsgegead. Zur Zeit lässt sich die unvereinigte Fractur palpiren, während der Larynx laryngoskopisch normal erscheint.

Tilley ist der Ansicht, dass die Crepitation derartig ist, wie man sie gewöhnlich bei der Bewegung des Larynx auf den unterliegenden Gewebspartien findet.

Parker, Grant und Waggett finden Crepitation und beziehen sie mit Wahrscheinlichkeit auf eine unvereinigte Fractur, ganz abgesehen von dem gewöhnlichen erwähnten Crepitiren.

Parker: Ein Fall von Blutung der Stimmbänder.

Ein 55jährige Lehrerin wies Haemorrhagien auf der mittleren oberflächlichen Partie der Stimmbänder auf. Bei der ersten Untersuchung war nur das linke Stimmband afficirt, nach der anstrengenden und ermüdenden Untersuchung durch mehrere Herren im Krankenhaus aber fand sich auch eine zweite Haemorrhagie auf dem rechten Stimmband. Dieselbe blieb nur einen Monat lang bestehen.

Grant erwähnt einen Fall von plötzlichem Stimmverlust, der mit Blutaustritt unter die Schleimhaut der Stimmbänder einherging.

Sitzung vom 7. December 1900.

Vorsitzender: F. de Havilland Hall.

Discussion über die Behandlung der Nasenpolypen.

Lambert Lack eröffnete die Discussion mit der Behauptung, 1. dass der gewöhnliche Schleimpolyp im Wesentlichen nur ein localisirtes Oedem der Schleimhaut darstellt; 2. dass das Oedem von Erkrankung des unterliegenden Knochens herrührt. — Der erste Punkt ist sowohl durch die mikroskopische wie die klinische Untersuchung erwiesen. Histologisch enthalten diese Polypen alle die normalen Elemente der Schleimhaut bei gleichzeitiger entzündlicher Exsudation, Serum, zerstreuten Haufen von Rundzellen und zuweilen verdickten Gefässwandungen. Die Structur der Polypen geht am Rande allmälig in die der Umgebung über. Dieselben sind weder Tumoren noch Granulationen. Es kommen auch wirkliche Granulationen oft genug in der Nase vor; sie gleichen jedoch den Granulationen auch an anderen Körperstellen. Klinisch kommen alle Stadien, vom leichten Schleimhautödem bis zum ausgesprochenen Oedem und stillosen Polypen bis endlich zum typischen gestielten Polypen zur Beobachtung. Der zweite Punkt, dass nämlich Polypen auf Erkrankung des unterliegenden Knochens zurückzuführen sind, ist zuerst von Woakes definitiv ausgesprochen worden und auf Grund von mikroskopischen Untersuchungen durch die Arbeiten von Thurston und Martin erwiesen.

Vortr. hat in den letzten 2 Jahren Knochenstücke aus der Siebbeingegend von 30 Polypenfällen untersucht und in jedem Fall Veränderungen vom Charakter einer rareficirenden Ostitis gefunden. Der Versammlung werden zahlreiche derartige Präparate vorgelegt. Dieselben erweisen, dass der Process als Proliferation tieferer Zellschichten des Periostes beginnt. Es finden sich zahlreiche Osteoblasten mit gleichzeitigen buchtigen Excavationen, die durch sie hervorgerufen sind. Die Knochenzellen wachsen an Grösse und Zahl und geben dem Knochen ein zelliges Aussehen. Durch diesen Rareficationsprocess werden Theile des Knochens losge-

löst und absorbirt, aber ächte Nekrose wird nirgends sichtbar. Derartige Beobachtungen werdeu auch von Cordes beschrieben. Einige klinische Symptome dieser rareficirenden Ostitis des Siebbeins sind folgende:

1. Bei der Digitaluntersuchung der Ethmoidalregion kann man gallertartiges Gewebe mit losen Knochensequestern fühlen.

2. Auf ähnliches Gewebe stösst man mit der Sonde, jedoch wird dabei die weiche Schleimhaut sehr leicht durchstochen und blosser Knochen gefühlt.

3. In manchen ausgesprochenen Polypenfällen fand sich die ganze mittlere Muschel absorbirt.

4. Ein guter Beweis dafür, dass die Erkrankung des Knochens die Polypenbildung verursacht, ist in den quoad Recidiv so günstigen Erfolgen der operativen Entfernung des erkrankten Knochens zu sehen.

Vortr. hält es für wahrscheinlich, dass die Erkrankung als acute Entzündung in der Siebbeingegend und zwar vornehmlich in schwereren und hartnäckigeren Formen mit gleichzeitigen Exanthemen, Influenza und septischen Processen sowie Sinuseiterung beginnt. Besonders die mittlere Muschel neigt zu derartigen Affectionen; die frühzeitige mikroskopische Untersuchung der typisch geschwollenen mittleren Muschel weist dann die Frühstadien rareficirender Ostitis auf.

Die Schleimhaut über derartig erkrankten Knochenbezirken wird ödematös, von ihrer Unterlage gelockert und faltig. Solche prominente Stellen wachsen dann aus, theils in Folge der Schwerkraft, theils in Folge des Schnaubens der Nase.

Die Behandlung muss deshalb in erster Linie die rareficirende Ostitis berücksichtigen. 1. Fälle, in denen nur ein oder zwei Polypen und Anzeichen einer Knochenerkrankung bestehen, werden erfolgreich mit der einfachen Polypenschlinge behandelt. 2. Typische Schwellungen des vorderen Abschnitts der mittleren Muschel mit Oedem verlangen Resection der afficirten Partien. 3. Wo nur wenige Polypen und begrenzte Erkrankung des Knochens besteht, genügt die Schlinge und Entfernung der erkrankten Knochenpartien. 4. Wo ausgedehnte Knochenerkrankung mit zahlreichen Polypen besteht, wo Recidive nach den Operationen auftreten und Siebbein- oder Sinuseiterung besteht, soll folgende Radicaloperation ausgeführt werden: In der Narkose wird zunächst die Ausdehnung der Erkrankung mit dem Finger festgestellt. Was noch von der mittleren Muschel vorhanden ist, soll gleichzeitig mit den grossen Polypen entfernt werden. Die seitlichen Partien des Siebbeins werden dann mit einem breiten Ringmesser, ähnlich der Meyer'schen Adenoidcurette, abgetragen. Auch scharfe Löffel sind dabei ganz nützlich. Grosse Polypenmassen und Knochensequester werden dann entfernt, wobei der häufig eingeführte Finger nach weiteren erkrankten Bezirken sucht. Gesunder Knochen wird leicht an seiner Glätte, seiner Festigkeit und Resistenz erkannt. Grosse Vorsicht ist in der Gegend der Siebbeinplatte nöthig, jedoch kann die ganze innere Wand der Orbita ohne Sorge abgekratzt werden. Nach beendigter Operation wird mit Jodoformglycerin-getränkter Gaze tamponirt und Verband angelegt.

Die Reconvalescenz geht gewöhnlich fieberlos von statten, und wenn auch in manchen Fällen vereinzelte Granulationen auftreten, so verschwinden sie doch gewöhnlich ganz spontan; nach 5—8 Wochen ist nur noch eine grosse trockene,

mit normaler Schleimhaut ausgekleidete Höhle im oberen Theil der Nase zu erblicken.

Vortr. hat die Operation nahezu 60mal ausgeführt und niemals dabei bedrohliche Anzeichen gesehen. Hohe Temperaturen wurden nur in einigen Fällen von Sinuseiterung und Bluterguss in die Orbita beobachtet, cerebrale Affectionen oder tödtlicher Ausgang niemals.

Viele Polypenfälle bleiben nun für Jahre geheilt. In Fällen mit Eiterung traten seltenerweise Recidive ein, die jedoch leicht mit der Schlinge beherrscht wurden.

Ein Erfolg in Fällen von Nasenpolypen kann zweifellos auch durch wiederholte Anwendung der Schlinge erzielt werden, sowie mit der Zange. Dieses Verfahren ist wegen der Nothwendigkeit öfterer Wiederholung sehr unangenehm und entmuthigend für den Patienten, ausserdem mit grösserer Gefahr verbunden wegen der septischen Infection der kleinen Wunden in eitrigen Fällen.

Cresswell Baber spricht sich für die Entfernung der Polypen mit der kalten Schlinge und für Nachbehandlung mit verdünntem Alkoholspray (von 25 pCt. an steigend) aus. Bezüglich der Pathologie ist zu sagen, dass in manchen Fällen nur die Schleimhaut afficirt ist. In anderen Fällen, in denen wiederholte schnelle Recidive nach der Operation auftreten, ist ohne Zweifel der Knochen ostitisch oder aber die Auskleidung der Siebbeinzellen erkrankt. Dann wird die Fntfernung der vorderen Hälfte der mittleren Muschel und Partien aus der knöchernen Wand der Siebbeinzellen nothwendig. In derartigen Fällen bedient er sich gewöhnlicher gewisser Zangen und Curetten. Aber dieses Verfahren giebt keine Garantie vor Recidiven der Polypen. Polypen bei gleichzeitigem Sinusempyem werden der Einfachheit halber von der Discussion ausgeschlossen. B. warnt vor dem schweren Shock, den man manchmal bei Entfernung von Polypen nnd mittlerer Muschel bei alten Leuten zu beobachten Gelegenheit hat.

W. G. Spencer erkennt die einfache Entzündung nicht als Ausgangspunkt für Nasenpolypen an. In vielen Fällen spricht ihr Auftreten beiderseits in der Nase, in der Stirn-, Siebbein- und Kieferhöhle nur in geringem Maasse für voraufgegangene entzündliche Affectionen des Knochens oder Periost. Wenn eine ausgesprochene Entzündung in Fällen von syphilitischer Nekrose, von Verletzung durch Fremdkörper vorhanden ist, so ist die Folge davon nicht etwa ein typischer Schleimhautpolyp, sondern vielmehr ödematöse gefässreiche Granulationen. Andererseits ist die untere Muschel häufig entzündet und trotzdem selten Sitz von polypösen Wucherungen. Man kann keine Grenze ziehen zwischen echten Schleimhautpolypen und solchen, welche sarkomatös entarten. An dem von Lack demonstrirten Präparat finden sich Anzeichen dafür, dass die Ostitis secundärer Natur war. Schleimhautpolypen in der Blase und an anderen Stellen weisen keineswegs auf Knochenerkrankung hin, und nach Spencer's Ansicht sind Schleimhautpolypen in der Nase durchaus gutartiger Natur.

Er hält die eingreifende Radicaloperation in vorgeschrittenen Fällen für zweckmässig, in vielen Fällen aber genügt auch die Abtragung der Geschwulststiele.

Charles Parker hat mit Lack in dieser Frage gearbeitet und bestätigt

seine guten operativen Resultate. Er war in einigen Fällen erstaunt über die Wirkungslosigkeit der Schlinge. Nachdem er mit derselben alle sichtbaren Polypen entfernt hatte, so dass nur noch einige polypenähnliche Excrescenzen in der Ethmoidalregion zu sehen waren, machte er nun die Radicaloperation mit dem Ringmesser; dabei war er betroffen von den grossen Massen von Polypen, die auf diese Weise noch zu Tage gefördert wurden.

Er ist der Meinung, dass die Methode da herangezogen werden sollte, wo drei- oder viermal Recidive aufgetreten sind, ferner in allen Fällen von Polypen mit Eiterung, einerlei von woher, und endlich in solchen Fällen, wo an Stelle der mittleren Muschel polypöse Degeneration der Schleimhaut eingetreten ist.

Donelan ist der Ansicht, dass die Theorie des ostitischen Ursprungs nicht erwiesen sei und betont das Vorkommen von Polypen an sonstigen knochenlosen Geweben.

Scanes Spicer stimmt fast vollkommen mit Lack überein. Er hält es für eine Pflicht der britischen Laryngologie, anzuerkennen, dass seit dem Erscheinen des Grünwald'schen Werkes (Die Lehre von den Naseneiterungen) im Jahre 1895, er und andere englische Chirurgen eine Operationsmethode ausgeführt haben, welche dieser eben beschriebenen ähnlich ist.

Seiner Ansicht nach kommt Woakes das Verdienst zu, zuerst den Zusammenhang zwischen Polypenbildung und Siebbeinerkrankung betont zu haben. Vortr. operirt gewöhnlich an narcotisirten Patienten in sitzender Stellung und sorgt durch Auswischen für ein gut übersehbares Operationsfeld. Er hat dabei gute Resultate erzielt.

Hinsichtlich der Pathologie fragt er an, zu welcher Art von Erkrankung wir die Knochenaffection zu zählen haben. Ist sie nicht vielleicht im ersten Stadium auf eine Mucoperiostitis zurückzuführen, die durch Trauma entstanden ist und durch die beständige Reizung durch die inspirirte Luft unterhalten wird, welche verschieden temperirt und oft mit irritirenden Partikeln beladen ist?

de Santi hat eine Zeit lang ausgedehnte Entfernung der Knochentheile in Fällen von Nasenpolyp empfohlen und selber ausgeführt. Er vermochte jedoch nie etwas von primärer rareficirender Ostitis der Ethmoidregion wahrzunehmen, wenn so etwas auch secundär im Anschluss an Polypenbildung zuweilen vorkommen mag. Er hält die Aetiologie bis jetzt noch für unbekannt.

Herbert Tilley besteht darauf, dass die überlegte und gründliche Entfernung aller erkrankten Siebbeintheile, wie sie Lack beschreibt und ausführt, nicht mit den von manchen Operateuren unterschiedslos unternommenen Operationen an intranasalen Partien verwechselt werden solle. Bezüglich der Pathologie ist er der Ansicht, dass die Erkrankung in der Mehrzahl der Fälle in der Schleimhaut selber ihren Ursprung nimmt, und dass secundäre Ostitis sehr wohl die Polypenbildung unterhalten kann, selbst wenn letztere wiederholt entfernt werden. Polypen finden sich auch oft in Nebenhöhlen, in denen der unterliegende Knochen gewöhnlich nicht erkrankt ist.

St. Clair Thomson bemerkt, dass Hajek, der gründliche Kenner der Pathologie immer darauf bestanden hat, dass die Entzündung sich von aussen nach innen, und nicht vom Knochen nach aussen verbreitet. Grünwald behauptet

jetzt, dass die Polypen in der Mehrzahl aller Fälle beinahe immer pathognomonisch für Eiterungen in den Nebenhöhlen oder den Nasenwegen sind. Redner möchte dem beistimmen und hält es für wahrscheinlich, dass der Erfolg der Lack'schen Operation zum Theil der dadurch herbeigeführten wirksamen Drainage der Siebbeinzellen und in geringerem Maass auch der Stirn- und Kieferhöhlen zu verdanken ist. Die Operation ist contraindicirt, wo Anzeichen für Eiterungen in den Siebbeinzellen bestehen.

Fitzgerald Powell hat mit der von Lack schon seit einigen Jahren eingeführten Methode gute Erfolge gehabt. Die Siebbeinplatte kann man dabei kaum verletzen, wenn man mit dem breiten Meyer'schen Ringmesser arbeitet. In vielen Fällen ist eine rareficirende Ostitis oder Necrose auf Syphilis, Tuberculose, Sepsis oder Trauma zurückzuführen, während andererseits manche Polypen sicherlich durch Verlegung der Follikelmündungen in der Schleimhaut infolge von Schleimhautödem verursacht werden.

Waggett macht auf die interessante Arbeit von Lichtwitz aufmersam, die auf die unerwartet grosse Häufigkeit von Eiterungen in den Nebenhöhlen hinweist, die man erst bei der Section entdeckt; unter 63 derartig aufgefundenen Fällen war nur einer schon während des Lebens diagnosticirt worden. Was die Lack'schen Thesen über die Pathologie der Polypen betrifft, so sei es wünschenswerth, dass diejenigen Redner, welche die Knochenveränderungen als secundär ansähen, ihre Meinung auch durch Beweise stützten, was sie bisher unterlassen hätten. Es ist nicht überraschend, wenn das Siebbein, das sich in so vieler Hinsicht von anderen Knochen des Skelets unterscheidet, pathologische Veränderungen aufzuweisen hätte, deren genaues Analogon wir sonst wo nicht zu beobachten Gelegenheit haben.

William Hill sagt, dass eine ideale Entfernung aller erkrankten Partien in einer Sitzung oft nicht erreicht werden kann, und dass weitere Eingriffe unter Cocain oft genug noch nachher nothwendig werden. Ea giebt zu, dass da, wo Siebbeineiterung besteht, ein radicaler Eingriff, wie ihn z. B. Lack wünscht, nicht immer bei Nasenpolypen erfolgreiche Heilung bringt.

Dundas Grant ist der Meinung, dass die Lack'sche Operation als eine acceptirte chirurgische Operation zu gelten habe, und dass höchstens noch bezüglich der Indicationsstellung Differenzen obwalten können. In manchen Fällen kann die Drainage bei Kiefernhöhleneiterung zur Heilung der Polypen schon ausreichen. Bei Polypen, die in den Nasenrachenraum vordringen, empfiehlt er die Anwendung der Zange unter Narcose und Eingehen mit dem Finger in den Nasenrachenraum.

Bond unterstützt die Lack'sche Methode und hält eine Verletzung der Siebbeinplatte für etwas sehr unwahrscheinliches. Bei der Wahl der Fälle muss man etwas vorsichtig sein. Er sah beim Curettiren einer syphilitischen Necrose eine sehr schwere Blutung eintreten. Man muss daran denken, dass eine bösartige Erkrankung durch einfache Polypen verborgen werden kann. Cauterisation nach der Anwendung der Schlinge ist nach seiner Ansicht im Stande, eine Knochenerkrankung aufzuhalten. Er empfiehlt Ausschabung der Schleimhaut.

Wyatt Wingrave ist der Ansicht, dass die demonstrirten Präparate nur

den normalen Process der Osteoporose zeigen, der für die Entwickelung der Nebenhöhlen von Bedeutung ist und manchmal noch recht spät im Leben zur Beobachtung kommt. Er theilt die Nasenpolypen aus practischen Gründen in zwei Klassen ein: 1. einfache, 2. granulomatöse. Während die einfache Form histologisch die normalen localen Gewebselemente aufweist, besteht die zweite Gruppe fast nur aus kleinzelligem Gewebe von verschiedengradiger myxomatöser Entartung, derart dass sie bei völliger Entwicklung nicht leicht von der einfachen Form unterschieden werden können. Die granulomatöse Gruppe geht mit ausgeprägteren Knochenveränderungen einher. Bezüglich der Gefährlichkeit einer Operation bei alten schon senilen Gefässwänden muss man auch ausserdem die erhöhte Gebrechlichkeit der Knochen bedenken.

Der Vorsitzende ist der Ansicht, dass die fragliche Operation nur in Ausnahmefällen in Anwendung kommen soll, und dann nur von Operateuren mit grosser Erfahrung in intranasalen Erkrankungen auszuführen ist.

Die Vorsicht bei der Ausführung der Operation an bejahrten Kranken ist ein sehr wichtiger Punkt.

Lambert Lack vermag die Ansichten Spencers bezüglich der Pathologie nicht anzuerkennen, und nach seiner Ansicht ist die Vorstellung, dass die Polypen echte Tumoren seien, schon seit Jahren aufgegeben. Er bezweifelt, ob überhaupt etwas dem echten Polypen Analoges unabhängig von Knochenerkrankung entstehen kann. Der Rectalpolyp ist ein Adenom. Es brauchen nicht alle Uebergangsstadien zwischen Polyp und Sarcom vorhanden zu sein. — Diejenigen, welche die Knochenerkrankungen als secundär zur Polypenbildung betrachten, haben dafür keine Beweise erbracht. Wenn der erkrankte Knochen entfernt wird, tritt kein Recidiv ein, aber wenn die Polypen allein entfernt werden, dauert die Knochenerkrankung fort und die Polypen recidiviren. Hier ist also die causale Beziehung klar. — Entfernung von Knochen sammt Polypen ist zwar von verschiedenen Chirurgen von Morgagni an bis zu Grünwald empfohlen worden, aber sie bestehen nicht auf der vom Vortr. verlangten Radicaloperation. — Tilley gegenüber hält er aufrecht, dass die Caries der erkrankten Sinuswände oft vorkommt. — Er kann nicht zugeben, dass Sinuseiterung in 50 pCt. aller Polypenfälle gefunden wird, und was die Erfahrungen bei der Operation betrifft, so hält er die Berichte nicht für verlässlich und glaubt, dass da Secretions-Ansammlungen kurz vor dem Tode infolge erlahmender Action der Cilien zu Irrthümern Veranlassung gegeben haben. — Wingrave gegenüber betont er, dass man seiner Ansicht nach in einzelnen Partien von jedem der demonstrirten Präparate abnorme Stellen finden kann, wenn man darnach sucht.

Cresswell Baber entgegnet, dass die klinischen Anzeichen zu Gunsten einer ursächlichen Schleimhauterkrankung sprechen. Vor der Ausführung der Lack'schen Operation sollen immer die grösseren Nebenhöhlen auf ihre Beschaffenheit untersucht werden. E. B. Waggett.

(Seit dieser Discussion ist zum wenigsten ein Todesfall infolge von Perforation der Lamina cribriformis mit Bestimmtheit auf die empfohlene Form der Radicaloperation zurückzuführen gewesen. Grosse Vorsicht ist also jedenfalls geboten! Red.)

d) British Medical Association.

Jahresversammlung, gehalten zu Ipswich, August 1900.

Laryngologische und otologische Section.

Vorsitzender der Section: Seanes Spicer.

Sitzung vom 1. August 1900.

Der Vorsitzende eröffnete den Congress mit einer kurzen Begrüssungsansprache, worin er auf die Entstehung und den Fortschritt der Rhinologie sowie ihre allmälige Anerkennung in der allgemeinen Aerztewelt hinwies. Er sprach sodann über die Wichtigkeit der vollkommen freien Nasenathmung, in der er einen wesentlichen Factor für normale Entwickelung und guten Gesundheitszustand sieht. Seiner Ansicht nach ist ein leichter Grad von behinderter Nasenathmung gefährlicher wie eine vollkommene Verstopfung der Nase. Geringe Stenose im vorderen Theil der Nase wirkt wie eine Luftpumpe und verursacht einen negativen Druck in den weiter hinten gelegenen Partien und schädigt daselbst die Gewebe. Er schreibt den häufigen unbefriedigenden Erfolg nach Adenoidoperationen der Thatsache zu, dass oft gleichzeitig bestehende Nasenverstopfung übersehen wird und besteht auf der Nothwendigkeit einer vollständipen Operation, welche zu einer vollkommen freien Nasenathmung führen muss.

Eine Discussion zu dem Thema: Indicationen zur intranasalen Behandlung bei Ohrerkrankungen wurde durch Mac Bride eröffnet. Seine Schlussfolgerungen sind, dass Taubheit sehr selten bei Nasenpolypen, Muschelhypertrophie, Septumverbiegungen etc. vorkommt und dass es daher voreilig wäre, ursächliche Beziehung dieser Zustände zur Taubheit zu suchen, nur weil sie gleichzeitig neben derselben vorkommen. Ein gewisser Grad von Nasenstenose, wie sie durch kleine Septumstacheln verursacht wird, ist nicht weiter von Bedeutung. Bei Mittelohrsklerose ist Operation nicht zweckmässig, im Gegentheil tritt da gewöhnlich durch den Shock eine Verschlimmerung ein. Endlich empfiehlt Bride die Operation in Fällen von chronischer katarrhalischer Otitis, in welchen ernsthaftere Nasenerkrankungen vorhanden sind und sagt, dass gerade dann die Prognose sehr ernsthaft gestellt werden muss. Eine weitere Indication zur Operation ist Röthung um die Mündung der Eustachischen Röhre und Gegenwart von Tumoren am Tubenwulst.

Creswell Baber ist der Ansicht, dass Aufblasen des Ohres bei Otitis media chronica die sicherste Indication zum intranasalen Eingriff und gleichzeitig einen Hinweis auf den Grad der darnach zu erwartenden Besserung giebt. Wenn eine Aufblasung das Gehörvermögen bessert, empfiehlt er operatives Einschreiten, sonst nicht. Bei eitriger Otitis kann gleichfalls Besserung danach eintreten. Vertigo wird durch die intranasale Operation nicht weiter beeinflusst.

Dundas Grant hält die causale Beziehung zwischen Nasen- und Ohrerkrankungen für zweifellos und ist der Meinung, dass die Beseitigung von Nasenverstopfung alle katarrhalischen Ohrerkrankungen sehr günstig beeinflusst. Bei Sklerose ist eine Nasenbehandlung zwecklos. Bei eitrigen Ohrerkrankungen operirt er nur dann intranasal, wenn es die Nasenaffection an sich schon verlangt.

Er streift noch die eventuelle Gefahr, durch die Operation die nicht eitrige Otitis in eine eitrige zu verwandeln, besonders wo wegen Blutung Tamponade nothwendig wird. Er verwirft die Entfernung von kleinen Septumstacheln.

Spicer betont, dass der maassgebende Factor die Verstopfung der Nase und nicht die Gresse des Septumstachels ist, und dass man zuweilen durch Beseitigung derselben Taubheit aufhalten, wenn nicht heilen kann.

Tilley hält die intranasale Operation nur in Fällen von feuchtem Katarrh für zweckmässig.

Horne ist der Meinung, dass das Alter dabei von Bedeutung ist. Bei Kindern ist die freie Nasenathmung viel wichtiger wie bei Erwachsenen. Bei den letzteren hat die Operation hinsichtlich einer Verbesserung des Hörvermögens sehr wenig Nutzen.

Watson Williams ist der Ansicht, dass Nasenverstopfung an sich keine ursächliche Beziehung zu mehr oder weniger ausgebildeten Ohrerkrankungen hat. Erhebliche Besserung kann durch die Beseitigung selbst von kleinen adenoiden Wucherungen geschaffen werden, während ausgedehnte oft gar keine Ohrerkrankungen zur Folge haben, desgleichen die Nasenpolypen.

Richard Lake ist der Ansicht, dass in allen Fällen von trockenem Mittelohrkatarrh mangelhafte Nasenathmung vorliegt. Die Operation ist in Fällen, wo der Hammer unbeweglich ist, aussichtslos und andererseits am günstigsten in Fällen, wo das Trommelfell besonders schlaff ist.

Holbrook Curtis (New-York) empfiehlt in jedem Fall intranasale Behandlung als erfolgreichstes Mittel.

Pegler sagt, dass manchmal unerwartet gute Resultate durch intranasale Operation erzielt werden, aber er bezweifelt den Vortheil einer im prophylaktischen Sinne unternommenen Operation.

Der Vorsitzende erklärt sich für die intranasale Operation und erwidert kurz den Rednern, die die Discussion eröffnet hatten.

Sitzung vom 2. August.

Watson Williams eröffnete die Discussion über „Pathologie und Behandlung der toxischen Kehlkopflähmung". Er beschränkte die Discussion gleichzeitig auf die organische motorische Lähmung durch Gifte, die im Blut oder den Geweben kreisen, oder durch Autointoxication infolge von Invasion von Mikroorganismen oder verschiedenen Substanzen resp. Giften von aussen her. Das Toxin kann entweder direct auf den Larynx oder durch selective Affinität auf die Kehlkopfnerven oder ihre Kerne wirken; ersterer Modus gilt wahrscheinlich für die meisten Fälle von myopathischer Kehlkopflähmung nach acuter infectiöser Laryngitis. Toxische Lähmung des Larynx tritt häufiger nach toxischen Infectionen des Larynx selbst auf, als nach allgemeinen toxischen Infectionen. Bei Diphtherie spricht das frühe Einsetzen und die Häufigkeit localer Lähmung für einen localen Einfluss von Toxinen, die von dem localen Schleimhautherd aus resorbirt werden; jedoch ist die Mehrzahl der Fälle wahrscheinlich neuropathischer Natur und beruht auf Selectionsaffinität der Toxine für gewisse Nervenelemente.

Die Lähmung kann spät eintreten, und es besteht kein Zusammenhang zwischen der Schwere der Localerkrankung und der Schwere der Lähmung, dabei sind andere Lähmungen, wie z. B. Augenlähmungen, häufig. Beim Typhus ist eine echte nenropathische Lähmung selten. Die Lähmung nimmt da vielmehr die Form einer Abductor- oder completen Recurrenslähmung an, stellt sich gewöhnlich erst in der dritten oder vierten Woche ein, ist im Allgemeinen eine periphere Neuritis, kann aber zweifellos in manchen Fällen auf Affectionen der bulbären Elemente zurückzuführen und mit Lähmungen des Gaumens u. dergl. vergesellschaftet sein. Derartigen Lähmungen begegnet man nach Typhus, Influenza, sogar nach seltenen Fällen von Masern, Scharlach u. dergl. Syphilis kann Kehlkopfparalysen machen und Tabes dorsalis, die als syphilitische Erkrankung angesehen wird, verursacht sie am häufigsten.

Echte rheumatische Lähmungen können, wenn sie auch sehr selten sind, ebenfalls auf dem Boden einer Perineuritis durch Erkältung entstehen. Vereinzelte Fälle werden auch bei Erysipelas faciei, Gonorrhoe und multipler peripherer Neuritis beobachtet. Von anorganischen Giften, welche Larynxlähmung hervorrufen, ist das Blei bei weitem das häufigste. Es verursacht Posticus- oder complete Recurrenslähmung. Es wird von einem Falle berichtet, der auf Arsenikvergiftung zurückzuführen ist; Fälle, in denen Alkohol ätiologisch in Betracht kommt, sind weniger selten. Die Adductoren versagen, wie man experimentell in der Aethernarkose geprüft hat, zuerst, und klinisch sind die Abductoren fast stets entweder früher oder gleichzeitig mit den Adductoren afficirt. Die Behandlung sei dahin zusammengefasst:

1. Ergreifen geeigneter Maassnahmen gegen die Infectionskrankheiten, und zwar Entfernang des Giftes aus Blut und Geweben.

2. Intralaryngeale Application des faradischen oder galvanischen Stromes mit grossen Dosen von Strychnin innerlich.

3. Erleichterung etwa vorhandener Dyspnoe durch Tracheotomie oder Intubation.

Jobson Horne erklärt, dass bei bakteriellen Infectionen des Larynx häufig entzündliche Veränderungen in den inneren Kehlkopfmuskeln auftreten, die durch kleinzellige Infiltration zwischen den Muskelfasern und Ansammlung seröser Flüssigkeit im Perimysium und Bindegewebe charakterisirt sind. Seiner Ansicht nach ist Myositis häufiger als Neuritis. Wenn die Muskelfasern unbetheiligt geblieben sind, tritt völlige Heilung ein, wenn sie dagegen entzündet gewesen sind, Degeneration und fibröse Entartung.

Samuel Lodge (jun.) referirt zwei Fälle von Adductorenlähmung durch Bleivergiftung. Unter geeigneter Behandlung mit localer Faradisation trat völlige Heilung ein.

Tilley beschreibt einen Fall von Adductorenparalyse nach rheumatischer Angina.

David Mc. Keown trägt eine Arbeit vor über „Einfluss der Entfernung von postnasalen Geschwülsten auf das Gehör“. Bei Gehörprüfung durch die Sprache hat er gefunden, dass die unmittelbare Verbesserung (5—6 Stunden nach der Operation) oft ebenso gross ist, wie die definitive in Fällen,

wo das Trommelfell nicht perforirt ist. Irgend eine deutliche Veränderung am Trommelfell oder den Gehörknöchelchen ist nicht wahrnehmbar, und es handelt sich deshalb wohl um Circulationsstörungen. Er tritt dafür ein, dass die Operation zweizeitig ausgeführt und die Rosenmüller'sche Grube nur mit dem Finger ausgeräumt wird, um die Gefahr von Adhäsionsbildung zu vermeiden, die an dieser Stelle leicht als Folge instrumenteller Eingriffe eintritt und zu dauernder Taubheit führt.

Logan Turner bestätigte die Beobachtungen des Vorredners bezüglich der unmittelbaren Besserung des Hörvermögens nach der Entfernung von adenoiden Wucherungen, wenngleich sie auch sehr schwer zu erklären ist. Turner sowohl wie Watson Williams und Jobson Horne bestreiten seine Schlussfolgerungen betr. die Operationsmethode.

Lodge sprach über zwei ungewöhnliche Fälle von lateraler Sinusthrombose.

Pegler trug über „die chirurgische Behandlung einiger Formen von Insufficienz der Nasenathmung“ vor. Er versteht unter einer insufficienten Nase eine solche, in welcher völlige oder theilweise Verstopfung besteht, sei es auch nur auf einer Seite oder auch nur in der Nacht. Das kann bei normalem sowie bei abnormem Zustand der Gewebe vorkommen und zwar

1. bei congenitaler Enge des Orificiums oder Collaps der Nasenflügel,

2. bei Septumverbiegungen. In diesem Falle muss unter Cocain eine verticale Incision gemacht und der Knorpel theilweise entfernt werden.

3. Bei Verbiegung oder Verdickung des Knorpels im Vestibulum; derselbe soll dann mit dem Messer abgetragen werden.

4. Bei Hypertrophie der Schleimhaut oder congenitaler Enge der knöchernen Nase. Die Anwendung von erweiternden Instrumenten in letzterem Fall wird verworfen.

Vortr. demonstrirt einige neue Instrumente zur Behandlung der Septumstacheln und für vordere Turbinekotomie, sowie neue Nasenstützen aus Hartgummi.

Harry Campbell trägt über „die Ursache der adenoiden Wucherungen“ vor. Dieselben sind bei civilisirten Rassen häufig, bei wilden Rassen selten. Er schreibt dies dem Umstand zu, dass letztere eine härtere Nahrung geniessen, die mehr gekaut werden muss und also Wangen- und Pharynxmuskeln besser zur Entwicklung bringt. Kau- und Schluckact haben einen grossen Einfluss auf Blut- und Lymphstrom im Postnasalraum.

Herbert Tilley bespricht „zwei interessante Fälle von Stirnhöhleneiterung“. In dem ersten Falle enthielt das linke Nasenloch Eiter und Polypen, und das rechte war normal. Bei der Operation fanden sich beide Stirnhöhlen in gleicher Weise erkrankt und das Septum zwischen ihnen zerstört.

Sitzung vom 3. August 1900.

Jobson Horne spricht über „die Pathologie und Behandlung des Stimmverlustes bei Sängern“. Er erklärt die Thatsache, dass klare Stimmen heutzutage so selten und so schnell ruinirt sind durch 1. das forcirte An-

steigen der Singstimme unter Tremoliren zu höchster Tonlage, das seit etwa den letzten 150 Jahren in Aufnahme gekommen ist, 2. durch die Missachtung der Kopf- oder Falsetttöne und die fast stetige Anwendung der Bruststimme. Er demonstrirt an photographischen Aufnahmen, dass bei den Brusttönen die Glottis fest geschlossen ist; die Ränder der Stimmbänder sind dabei abgerundet und die Gefässe unmittelbar unter der Epitheloberfläche dilatirt. Durchleuchtung des Larynx zeigt, dass die Stimmbänder bei Brusttönen opaker sind als bei Kopftönen. Bei letzteren ist die Glottis nicht ganz geschlossen und keine Congestion vorhanden. Spannung und Congestion führen zur Hyperplasie des Bindegewebes, der Blutgefässe und Drüsenelemente, sowie zu vermehrter Schleimsecretion. Endlich stellt sich Infiltration der Muskelfasern ein, und allmälig tritt fibröses Gewebe an ihre Stelle. Der gemeinhin „chronische Laryngitis" genannte Process ist nicht entzündlicher, sondern fibröser Natur.

Die Behandlung besteht in der Anwendung der Kopfstimme; sodann sind Ruhe und astringirende Applicationen zweckmässig.

V. A. Aikin trägt über „Stimmresonatoren" vor.

Waggett berichtet über „Bezold's Mastoiditis".

Schluss der Verhandlungen. H. Lambert Lack.

---

e) Niederländische Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.

Achte Jahresversammlung in Amsterdam am 9. und 10. Juni 1900.*)

Vorsitzender: Prof. A. A. G. Guye.

In den Vorstand werden wiedergewählt die Herren Guye, Vorsitzender, Burger, Schriftführer-Bibliothekar, Moll, Schatzmeister.

I. H. Zwaardemaker (Utrecht): Beruf und Hörschärfe.

II. P. J. Mink (Zwolle): A. Ueber die Form des Ohrcatheters.

B. Beitrag zur conservativen Behandlung der chronischen Otorrhoe.

III. P. J. Mink: A. Demonstration eines Apparates für Pneumomassage unter höherem Druck.

B. Demonstration eines Instrumentariums zur Auscultation der Stirnhöhle.

Ein Stethoskop wird mittelst einer Feder an den Kopf des Patienten befestigt, und mit demselben das Einblasungsgeräusch der durch einen dünnen Stirnhöhlencatheter insufflirten Luft auscultirt.

Discussion: Die Herren Römer und Kan sind nicht überzeugt, dass auf diese Weise zu entscheiden sei, ob die Stirnhöhle oder die Siebbeinhöhle angeblasen wird.

---

*) Der ausführliche Sitzungsbericht erscheint in der Monatsschrift für Ohrenheilkunde.

Herr Mink versichert, dass er ganz deutlich hört, ob die Luft in die Stirnhöhle hineingeht oder nicht.

C. Demonstration von Schiebcuretten für Nase und Nasenrachenraum und von einer Doppelcurette für die Choanen.

IV. A. A. G. Guye (Amsterdam): A. Ueber willkürliche Bewegungen des Trommelfelles.

B. Demonstration eines Falles von Bezold'scher Mastoiditis.

V. H. Zwaardemaker: Demonstration eines neuen klinischen Modelles des Riechmessers mit Magazincylinder.

Das Instrument besteht aus einem gewöhnlichen olfactometrischen Cylinder aus porösem Porzellan, der mit einer Lösung des riechenden Stoffes in Paraffinum liq. getränkt ist. Der Cylinder wird über das metallne Riechrohr geschoben, das er beim Gebrauch nie gänzlich verlässt. Das Riechrohr steht vertical auf einer Metallplatte mit vier $1^1/_2$ cm hohen Füssen. Der Patient schiebt den Cylinder über verschiedene Höhe empor und sucht die kleinste Cylinderlänge, welche ihm eine Riechempfindung verschafft. Herr Reuter empfiehlt eine Füllung des Cylinders mit einer 5 proc. Nitrobenzollösung in Paraffinum liq., deren Geruch von Jedem sofort als Mandelgeruch erkannt wird. Z. zeigt auch einen Satz von 5 Cylindern auf gemeinschaftlicher Fussplatte, die mit Lösungen von resp. Vanillin, Scatol, Aethylbisulfid, Nitrobenzol und Borneol gefüllt sind.

VI. H. Broat (Arnheim): Ueber Nachtheile der electrischen Bohroperationen.

Anlässlich einer Mittheilung von Spiess im Arch. f. Lar. 1899 von Sequesterbildung im Alveolarfortsatz nach Anbohrung der Kieferhöhle, demonstrirt B. einen ähnlichen Sequester, der 3 Wochen p. O. entfernt wurde. Derselbe ist besonders darum interessant, weil die Wandungen des Bohrcanals vollständig schwarz sind, zum Zeichen, dass der Knochen in Folge der starken Reibung des Bohrers verbrannt ist.

Eine analog unangenehme Erfahrung hat B. einmal bei der radicalen Ohroperation gemacht.

Discussion: Die Herren Guye, Moll, Schutter, Frederikse und Broat.

VII. P. J. Zaalberg (Amsterdam): Ein Fall von geheilter Ozaena.

Nachdem andere Behandlungen erfolglos geblieben waren, wurde mittelst Einblasungen von Acid. citric. Sacch. lactis ana in drei Wochen vollkommenes Sistiren der Secretion erhalten.

Discussion: Herr Cohen Tervaert stellt die Frage auf, ob man in jedem Falle von Ozaena berechtigt sei, alle Nebenhöhlen explorativ zu eröffnen und also auch die beiden mittleren Muscheln abzutragen.

Die Herren Moll, Fochelday und Burger beantworten diese Frage verneinend.

Herr Broat möchte die Erfahrung der Anwesenden mit Bezug auf die Electrolyse vernehmen. Er hatte mit derselben oft gute Resultate.

Die Herren Zaalberg, Burger und Frederikse behandelten eine Reihe von Fällen mittelst Electrolyse, ohne nennenswerthe Erfolge.

Herr Moll hat nur selten, in einigen Fällen indessen mit Sicherheit Heilung durch Electrolyse gesehen.

Vom Carbolsulforicinol hat Herr Zaalberg nur geringe Erfolge erlebt.

Herr Guye behandelte viele Ozaenakinder, bei welchen auch Borkenbildung im Nasenrachen bestand. Er hat diesen Raum wiederholte Male ausgekratzt. Die Behandlung bestand ausserdem in Mentholglycerin-Tamponade, Nasendouchen und innerlichem Gebrauch von J. K. Er hat mehrere Heilungen zu verzeichnen.

Herr Facheldey spült mit Sublimatlösung und lässt täglich Douchen von 3—5 Liter Wasser anwenden. Bei Schwellung der mittleren Muschel und Eiterbefund zwischen derselben und dem Septum wird die Muschel abgetragen und Calomel. Amyli ana insufflirt. Er sah nie dauernde, vollständige Genesungen.

VIII. A. C. H. Moll (Arnheim): Demonstration eines Falles von Aphonia spastica.

Der Fall ist erst kurz in M.'s Behandlung. Es betrifft eine Frau, bei der Mikrocephalie und eine gewisse Imbecilitas constatirt wird.

Discussion: Herr Broat empfiehlt Sprech- und Athemübungen. Herr Schutter möchte in casu eher von einer Incoordination als von Stimmbandkrampf sprechen.

IX. P. K. Pel (Amsterdam): Ueber den Werth des Oliver'schen Symptoms für die Diagnose des Aneurysma aortae.

Die grosse Bedeutung dieses Symptoms hat sich vollends bestätigt. Nicht nur beim Aneurysma, auch bei Geschwülsten, welche den Raum zwischen Aorta und linkem Bronchus ausfüllen, kann dasselbe vorhanden sein. P. demonstrirt einen Kranken mit einer solchen Geschwulst und einen mit Aneurysma und bespricht die Differentialdiagnose.

X. H. Burger (Amsterdam): Demonstration von Patienten.

A. Ein Fall von geheilter Larynxtuberculose.

Es ist dieselbe Patientin, die B. vor 3 Jahren in dieser Gesellschaft demonstrirt hat und bei der sich die Genesung vollständig behauptet hat.

B. Ein Fall von Trachealstenose.

Compression der Trachea durch eine tiefsitzende weiche Struma. Ovalförmige, sagittale Stenose im tieferen Abschnitt der Trachea.

C. Ein Fall von primärem Larynxlupus mit Schroetter'schen Bougies behandelt.

Bei einem 22jährigen Fräulein das typische Bild des Larynxlupus: der freie Theil der Epiglottis ist verloren gegangen; hochgradige weiche Infiltration des ganzen Kehlkopfes; keine Schmerzen, kein Secret. Aufnahme behufs Tracheo-

tomie wegen bedrohlicher Athemnoth. Die Tracheotomie wird nicht gemacht: durch Application von Schroetter'schen Hartkautschuk-Bougies wird eine erhebliche Dilatation der Stenose und Hebung des Allgemeinzustandes erreicht.

XI. H. Zwaardemaker: Anwendung der optischen Methode von Gradenigo auf Stimmgabeln höher als klein g.

XII. P. J. Zoalberg: Demonstration einer grossen Kehlkopfgeschwulst.

In Abwesenheit des Herrn Posthumus Meyjes demonstrirt Z. eine von demselben bei einem Kinde entfernte, hühnereigrosse, den Mundrachen ausfüllende und aus dem rechten Sinus Morgagni stammende Geschwulst, die sich bei der Digitalpalpation löste und entfernen liess. Die anatomische Diagnose war: Lipom.

H. Burger.

III. Briefkasten.

Personalnachrichten.

William Daly †.

Zu unserem Bedauern haben wir von dem im 59. Lebenjahre erfolgten Ableben des Collegen Dr. William Hudson Daly in Pittsburgh (Pennsylvania U. S. A.) Mittheilung zu machen. In einem Anfall von Schwermuth, die seit dem vor einem Jahre erfolgten Tode seiner Frau nicht mehr von ihm wich, richtete er den Revolver gegen sich selbst.

Daly spielte eine hervorragende Rolle in der Laryngologie, war Präsident und Member of Council der American Laryngological Association und wirkte häufig als ihr Delegirter in auswärtigen laryngologischen Versammlungen.

Er nahm lebhaften Antheil an der Gestaltung einer unabhängigen Section für Laryngologie und Otologie in der American Medical Association — bis dahin war sie nur Theilsection der Ophthalmologie gewesen — und war ihr erster Vorsitzender. Daly brachte allen wissenschaftlichen Untersuchungen seiner Sonderdisciplin hohes Interesse entgegen, besass einen warmen Freundschaftssinn, glückliche Gaben des Geistes und des Humors.

Bei Allen, die ihn kannten, wird er unauslöschlich in der Erinnerung bleiben.

Emil Mayer.

Dr. Sinclair Thomson ist zum Assistent Physician for Dyseases of the Throat in King's College (London) ernannt worden.

Dr. Giuseppe Ficano, ein geschätzter italienischer Laryngologe ist in Palermo im Alter von nur 43 Jahren gestorben.

Dr. Bryson Delavan ist zum consultirenden Laryngologen am St. Lucas-Hospital in New-York ernannt worden.

Druck von L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XVII. Berlin, November. 1901. No. 11.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege etc.

1) **Frank L. Stillman. Allgemeine Widerstandsfähigkeit des Körpers als Factor bei Nasen- und Halserkrankungen. (General bodily resistance as a factor in nose and throat disease.)** *Journal American Medical Association. 23. März 1901.*

In Anbetracht dessen, dass so Vieles von Stoffwechselstörungen und Allgemeinzustand abhängig ist, sollen wir unseren Patienten alle diesbezüglichen modernen Maassnahmen zu Gute kommen lassen.

EMIL MAYER.

2) **H. W. Loeb. Die Beschränkung des Laryngologen auf die Allgemeinbehandlung von Nasen- und Halskrankheiten. (Limitations of the laryngologist in the general treatment of nose and throat diseases.)** *Journal American Medical Association. 4. Mai 1901.*

Dieselbe ist angezeigt bei 1. acuten Nasen- und Halserkrankungen, die durch Mittel beeinflusst werden, welche auch local wirken. 2. Rheumatische Nasen- und Halserkrankungen, welche unter geeigneter Behandlung zu positiver und baldiger Erleichterung geführt werden können. 3. Bei syphilitischen Erkrankungen von Nase und Hals. Grade in derartigen Fällen sind die Heilungsaussichten des Patienten günstiger, wenn man weniger Aufmerksamkeit auf die Localaffection richtet.

EMIL MAYER.

3) **Edward J. Dickerman. Laryngologische Zeichen der Schwangerschaft. (Laryngological aspects of pregnancy.)** *Journal American Medical Association. 26. Januar 1901.*

In den ersten 4 Monaten der Schwangerschaft wird besonders bei nervösen Frauen Verstopfung der Nase oder Turgescenz des erectilen Gewebes in der Nase beobachtet. Dieser Zustand lässt allmälig nach und verschwindet gegen den 6. oder 7. Monat. In vorgerückter Schwangerschaft kann sich auch die Stimme verändern, indem die oberen Töne beschränkter werden. Manche Sängerinnen fürchten die Schwangerschaft, weil sie ihre Stimme einbüssen könnten. Die Beschränkung der Stimme während der Gravidität beruht auf der Behinderung der thoracalen

Entfaltung. Nachher tritt eine allgemeine Erschlaffung der Bauchmuskeln ein, welche, so lange der normale Tonus noch nicht wieder erreicht ist, die Stimmbildung beeinflusst. Tertiäre syphilitische Erkrankungen des Larynx und Pharynx werden fast stets durch die Schwangerschaft aufgehalten und verharren in einem latenten Stadium, bis sie einige Monate nach der Niederkunft wieder mit erneuter Heftigkeit ausbrechen und die Gewebe zerstören.

EMIL MAYER.

4) **W. Cheatham. Hals und Nase im Scharlach. (The throat and nose in scarlet fever.)** *Louisville Monthly Journal of Medicine and Surgery. März 1901.*

Wenn kein Klebs-Löffler Bacillus gefunden wird, soll Streptokokken-Serum angewendet werden.

EMIL MAYER.

5) **Walter R. Steiner. Hämophilie beim Neger. (Haemophilie in the negro.)** *John Hopkins Hospital Bulletin. Februar 1900.*

Zwei Fälle werden berichtet, von denen der eine aus dem Mund, der andere aus der Nase blutete. In beiden waren viele Glieder der Familie Bluter. Von einer Untersuchung der Nase wird nichts berichtet; nur Urin, Blut, Herz, Lungen etc. scheinen untersucht zu sein. Verf. gab Calciumchlorid in Dosen von 1,0. — Er bespricht im Anschluss an die beiden Krankengeschichten die ausserordentliche Fruchtbarkeit der Bluter; viele von ihnen sterben jung und die Neigung zum Bluten scheint hauptsächlich durch die weibliche Descendenz übertragen zu werden.

EMIL MAYER.

6) **Edwin Ross** (Helsingfors). **Ueber die forensische Bedeutung der Thymusdrüse als Ursache plötzlichen Todes bei kleinen Kindern. (Om thymus-körtelns medico-legala betydelse saasom orsak till plötslig död hos smaa barn.)** *Finska Läkaresällskapets Handlingar. Juni 1900.*

Ein 3 Monate altes Kind starb plötzlich während der Nacht. Bei der Obduction wurde als Todesursache eine 8 cm lange, $5^1/_2$ cm breite und 2 cm dicke Thymusdrüse gefunden. Die Drüse enthält eine grosse, mit gelblichem, schleimig-eitrigem Secret gefüllte Cavität mit glatten Wandungen. Abzüglich dieses Secretes wog die Thymusdrüse noch 21 g. Die normalen Dimensionen der Drüse bei kleinen Kindern sind: Länge 5 cm, Breite 2 cm und Dicke 1 cm. Das Gewicht ist nur 6—8 g.

SCHMIEGELOW.

7) **Friedjung** (Wien). **Der gegenwärtige Stand der Frage vom Asthma thymicum im Kindesalter und sein Verhältniss zum sogen. Status lymphaticus.** *Archiv f. Kinderheilkde. 29. Bd. 5. u. 6. Heft. 1900.*

Es giebt ein Asthma thymicum, doch kann auch eine Reihe anderer Ursachen ähnliche Erscheinungen hervorrufen, so dass die Diagnose nur mit äusserster Vorsicht gestellt werden darf. Plötzliche Todesfälle infolge einer hyperplastischen Thymus gehören zu den grössten Seltenheiten, für die Mehrzahl solcher Ereignisse dürfte die Paltauf'sche Auffassung vom Status lymphaticus zutreffen. Der Laryngospasmus hat als solcher mit der Thymus nichts zu schaffen, dagegen finden sich unter diesen Kranken besonders viel lymphatische Individuen, die dann einem Anfalle nur allzu leicht erliegen.

SEIFERT.

8) **M. Howard Fussell. Die Bedeutung der Sputumuntersuchungen für die allgemeine Praxis. (The value of sputum-examinations to the general practitioner.)** *Philadelphia Medical Journal. 23. Februar 1901.*

Sputumuntersuchungen sind werthvoll für die Frühdiagnose. Unzählige beginnende Tuberculosen werden jährlich übersehen, weil die physikalischen Zeichen dafür fehlen; sie würden leicht bei einer Sputumuntersuchung erkannt werden. Die Möglichkeit einer Zerstörung tuberkelbacillenhaltiger Sputa, als prophylactische Maasnahme, liegt ausserhalb unserer Berechnung. Die Entdeckung der Krankheitserreger im Frühstadium nur ein Jahr oder auch nur einen Monat früher als die auf anderem Wege mögliche Diagnose wäre schon von unschätzbarem Werthe für das Menschengeschlecht.

EMIL MAYER.

9) **H. Hammer** (Brünn). **Erfahrungen über die Infection bei der Tuberculose.** *Zeitschrift f. Heilkunde. Bd. 21. p. 149—162. 1900.*

Für den Facharzt nichts Neues.

CHIARI.

10) **K. Szegö** (Abbazia). **Dispositionskatarrhe der Kinder und deren Behandlung.)** *Klin. therap. Wochenschrift. 1901. No. 7.*

S. theilt die Abhärtungsmethoden mit, welche er bei obig erkrankten Kindern in seiner Heilanstalt in Abbazia mit Erfolg anwendet. — Dieselben wechseln je nach der Jahreszeit und bestehen vorzugsweise in der sachgemässen Anwendung von Seebädern.

CHIARI.

11) **Mertens. Ueber einen Fall von Pemphigus chronicus der äusseren Haut und der Schleimhäute mit Herncystenbildung.** *Münch. med. Wochenschr. No. 4. 1901.*

25jähr. Patientin, bei der die Krankheit mit Blasenbildung in den oberen Luftwegen resp. Mund-, Rachenhöhle und Blutspucken begonnen hatte. An Uvula und weichem Gaumen zeigte sich eine von einem rothen Hofe umgebene unregelmässige Haut, die sich leicht abziehen und eine hochrothe Basis zu Tage treten liess; dergleichen Häutchen fanden sich auch weiter an der Zunge, auf dem Mundhöhlenboden. In Kehlkopf ein Geschwür, auf der Haut Eruptionen in verschiedenen Stadien. Später zweimal Pemphigusausbruch im Kehlkopf mit starker Dyspnoe, die Krankheit dauerte 7 Jahre; die Blasen auf der Mundschleimhaut bildeten sich spontan, die auf der Haut nur nach mechanischen Reizen, auch waren die letzteren eitergefüllt.

SCHECH.

12) **A. H. Levings. Klinische Vorlesung über Aetiologie, Pathologie, Diagnose und Behandlung der Geschwülste. (Clinical lectures upon the etiology, pathology, diagnesis and treatment of tumors.)** *The Clinical Review. Januar 1901.*

In einem kurzen Aufsatz werden die Tumoren verschiedener Regionen abgehandelt, so Fibrome der Parotis, fibroide Geschwülste im Larynx, Fibrome der Nasenhöhlen und des Nasenrachenraumes, der Highmorshöhle und endlich die Epulis.

EMIL MAYER.

13) **Jonathan Wright. Erscheinungen an den oberen Luftwegen bei Diabetes mellitus. (Manifestations of Diabetes mellitus in the upper air passages.)** *N. Y. Medical Record. 21. Juli 1900.*

Gelegentlich eines Falles von Glykosurie nach einer Nasenoperation bei einem 15jähr. Knaben verbreitet sich der Verf. über 5 kürzlich von W. Freudenthal referirte Fälle von Ulcerationen in den oberen Luftwegen bei Diabetikern, wo nach seiner Ansicht Tuberculose und Syphilis nicht ausgeschlossen waren. Bei einer weiteren Gruppe von Halsleiden soll Diabetes häufig sein, nämlich bei laryngealem Schwindel. Verf. untersuchte 20 bis 30 derartige Fälle, die mitgetheilt worden sind und fand nur bei 3 davon Diabetes. Da diese 3 aber alle plethorische Personen über 40 Jahre alt waren, hält er es nicht für erwiesen, dass ein mehr als gewöhnlicher Procentsatz derartiger Kranker diabetisch ist.

LEFFERTS.

14) **Bottermund** (Dresden). **Pathologische Wechselbeziehungen zwischen den oberen Luftwegen und den Verdauungsorganen.** *Therap. Monatshefte. 1900.*

Nasenleiden können die Function des Magens beeinträchtigen

1. auf mechanischem Wege, — die Nasenverstopfung stört (besonders bei Säuglingen) die Nahrungsaufnahme, die genügende Zerkleinerung der Speisen;

2. durch Verschlucken eitrigen Secrets wird Appetitlosigkeit, Brechreiz u. s. w. ausgelöst;

3. durch Geruchs- und Geschmacksstörung bei Ozaena, Empyem u. a. m. Die Geschmacksstörung, die die Esslust stört, kann

a) erloschene oder herabgesetzte oder nur

b) ekelerregende Geschmacksempfindung sein.

Andererseits können auch Erkrankungen der Verdauungsorgane solche der oberen Luftwege verursachen und zwar durch Blutstauung; ferner findet sich ein chronischer Reizzustand des Magens bei Pharyngitis der Potatoren.

A. ROSENBERG.

15) **Cozzolino. Ueber die Tuberculose mit bacillärer Localisation in den oberen Luftwegen und den Ohrräumen in ihrer Beziehung zur Anstaltsbehandlung.** *Mon. f. Ohrenheilkde. etc. No. 6. 1900.*

Nachdem Verf. die Heilbarkeit der Tuberculose im Allgemeinen und der Kehlkopfphthise im Speciellen besprochen, wendet er sich zur Frage, ob Kranke mit Tuberculose der oberen Luftwege Höhensanatorien benutzen können und beantwortet diese Frage, gestützt auf Mittheilungen von M. Schmidt, B. Fränkel, Turban, Dusch eid, Egger, Bezold bejahend. Nicht passen für das Hochgebirge weit vorgeschrittene Fälle mit Dysphagie, sowie geschwächte und kachektische Personen.

SCHECH.

16) **Majewski. Ein Fall von Sklerom der Luftwege.** *Mon. f. Ohrenheilkde. etc. No. 7. 1900.*

Mittheilung eines mit Tuberculose der Lunge verlaufenden Falles von Sklerose des Pharynx, Larynx und Trachea aus der Schrötter'schen Klinik, mit vielen histologischen Details, die sich zum Referate nicht eignen.

SCHECH.

b. Nase und Nasenrachenraum.

17) **J. William Watson. Das Nasenseptum und seine Beziehung zum gesunden und kranken Körper. (The nasal septum in relation to the human economy in health and disease.)** *Journal Alumni Association of the College of Physicians and Surgeons. Baltimore. April 1901. Journal Eye, Ear and Throat Diseases. Januar und Februar 1901.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

18) **Edwin Pynchon. Geringe Unregelmässigkeiten des Nasenseptums. (Slight irregularities of the nasal septum.)** *Laryngoscope. September 1900.*

Wenn eine Verdickung tief unten sitzt, kann eine über die Fläche gekrümmte Säge oft mit besserem Erfolg als eine flache Säge angewandt werden. Verf. hat solche paarweise, für links und rechts, anfertigen lassen. Er giebt folgende Schlussfolgerung: Leichte Vorsprünge des Nasenseptums, welche durch intensivere Röthung der Schleimhaut auf bestehende chronische Entzündung hinweisen, müssen so viel als möglich wieder auf das Niveau der Septumoberfläche reducirt werden.

EMIL MAYER.

19) **Robert D. Cohn. Luxation des vorderen und unteren Endes der Cartilago quadrangularis nasi. (Luxation of the anterior inferior and of the quandrangular nasal cartilage.)** *Laryngoscope. April 1901.*

Es handelt sich um ein 9jähriges Mädchen, bei dem eine der Convexität im linken Nasloch correspondirende Depression der anderen Seite bestand. Durch einen Druck mit dem Zeigefinger gelang die Reposition leicht, so dass die Diagnose nicht zweifelhaft sein konnte.

EMIL MAYER.

20) **Jacob E. Schadle. Erosionen und Ulcerationen der Cartilago triangularis septi nasi. (Erosions and ulcerations of the triangular cartilage of the septum.)** *St. Faul Medical Journal. April 1901.*

Zu den Symptomen, die von Erkrankungen der Cartilago triangularis herrühren, gehören Verbiegung des Knorpels mit den dazu gehörigen Symptomen, Bildung von trocknen Schleimkrusten, Nasenbluten und Verstopfung der Nasenathmung.

Wenn nur eine ausgesprochene Deviation besteht mit Beeinträchtigung der Nasenathmung, so giebt es keine zweckmässigere Operation zur Beseitigung der Störungen als die von Asch vorgeschlagene. Die Erfahrungen des Verf. damit sind sehr befriedigende und bei sorgfältiger Ausführung und Beobachtung der verschiedenen in Betracht kommenden Momente bei der Nachbehandlung ist sie stets erfolgreich; er betrachtet sie daher als einen der erfolgreichsten Eingriffe der Nasenchirurgie. Eine Knorpelgeschwulst oder ein Knorpeldorn soll immer entfernt werden und zwar am besten mit der Säge. Manche Operateure wenden die Trephine an, während andere das Messer oder die scharfe Zange bevorzugen. Der Elektrokauter sollte hier niemals gebraucht werden. Wenn eine Erosion oder ein Ulcus besteht, ist die Application eines localen Stimulans auf die ulcerirte

Fläche am Platze, vornehmlich eine 20proc. Lösung von Silbernitrat oder Perubalsam.

EMIL MAYER.

21) **Hecht** (Beuthen). **Ueber Influenza — Perichondritis der Nasenscheidewand.** *Mon. f. Ohrenheilkde. etc. No. 10. 1900.*

Nach Danziger giebt es keine idiopathische Perichondritis der Nasenscheidewand, sondern es handelt sich in den mit Fieber einhergehenden Fällen um eine Complication der Influenza. Darauf Bezug nehmend, theilt H. zwei derartige Fälle mit.

SCHECH.

22) **William Lincoln Ballenger. Ein Fall von primärer Tuberculose des Nasenseptums. (A case of primary tuberculosis of the nasal septum.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Februar 1901.*

Der Fall ist interessant erstens, weil die Affection 9 Jahre lang beobachtet wurde, ohne dass sie sich weiter ausdehnte, ferner weil ein Bruder an einer ähnlichen Erkrankung litt, weil sie nur bei kaltem Wetter in Erscheinung trat und die Impfversuche die Diagnose bestätigten.

EMIL MAYER.

23) **Emil Mayer. Septumgeschwulst. (Growth from Septum.)** *Laryngoscope. April 1901.*

Bei einer 66jährigen Frau wurde Angiom des Septums diagnosticirt und dasselbe unter Cocain und Nebennierenextract entfernt. Merkwürdiger Weise wies es mikroskopisch maligne und benigne Geschwulstelemente auf. Die Operation wurde vor 6 Wochen ausgeführt und seitdem weder Blutung noch Recidiv beobachtet. Verf. hält den Tumor für gutartig.

AUTOREFERAT.

24) **Emil Mayer. Exophthalmus zweifelhaften Ursprungs. (Exophthalmus of doubtful origin.)** *Laryngoscope. April 1901.*

Ein junger Mann hatte einseitigen Exophthalmus. Die Sehkraft war normal und mit dem Augenspiegel liess sich kein Grund der Erkrankung finden. Die Nase war infolge von Verbiegung des knorpeligen Septums dermaassen verstopft, dass man keinen Einblick in ihr Inneres gewinnen konnte und die Asch'sche Operation nöthig wurde. Die Ursache für den Exophthalmus ging hier von der Nase aus und Verf. war der Ansicht, dass es sich um ein Osteom oder Fibrom handelte, welches einerseits von der Ethmoidalregion und andererseits von der Stirnhöhle entsprang. So erklärte sich vermuthlich auch die grosse Beweglichkeit des Augapfels. Der Krankengeschichte nach hatte Patient vor etwa 14 Jahren einen sehr heftigen Schlag in diese Gegend erhalten. Ein Jahr später entwickelte sich acuter Gelenkrheumatismus und Endocarditis und darnach begann das Auge hervorzutreten. Die Geschwulst datirt so lange zurück, dass sie kaum als maligne angesehen werden kann. Die Operation nach Asch war eine von den seltenen, die unter Localanästhesie ausgeführt worden sind, da Narkose mit Rücksicht auf den Zustand des Herzens gefährlich war, und verlief ohne jeden Zwischenfall.

AUTOREFERAT.

25) **Loewe. Zur Chirurgie der Nasenscheidewand und der oberen Nebenhöhlen der Nase.** *Mon. f. Ohrenheilkde. No. 7 u. 10. 1900.*

Anknüpfend an die intranasalen Operationsmethoden von Bönninghaus und Baumgarten betreffs Behebung von Nasenscheidewand-Deviationen und -Spitzen schlägt L. die Operation von aussen vor mit Abhebelung der Wundtheile der Wangengegend und Aufklappen der abgelösten Nase und Nasenschleimhaut. Zur Freilegung der Siebbeinzellen modificirte L. die Gussenbauer'sche Methode. In einem weiteren Artikel bespricht L. die radicale Ausräumung der Nase behufs Operationen im hintersten Theile der Nase resp. im Nasenrachenraum, sowie die Freilegung der Dura mater, resp. Basis des Grosshirns über der Nasenhöhle. Die sehr detaillirten Arbeiten müssen unbedingt im Original gelesen werden, ebenso die Replik auf Bönninghaus' Entgegnung.

SCHECH.

26) **Bönninghaus. Bemerkungen zum Aufsatze Loewe's: Zur Chirurgie der Nasenscheidewand.** *Mon. f. Ohrenheilkde. No. 8. 1900.*

Reclamationen gegen Löwe, dessen Verfahren, gleichwie die Aufschlitzung des Nasenrückens und die Umklappung der Nase nach Umschneidung ihres Ansatzes an Wangen und Oberlippe zum Zwecke der Beseitigung von Septum-Anomalien vom rhinologischen Standpunkte aus, Bönninghaus für einen technischen Rückschritt hält.

SCHECH.

27) **E. F. Snydacker. Die Bedeutung der Nachbehandlung nach operativer Entfernung von Septumstacheln. (The importance of postoperative treatment after removing spurs of the nasal saeptum.)** *N. Y. Medical Journal. 22. December 1900.*

Es ist schon sehr viel über die Wahl der Instrumente zur Entfernung von Septumstacheln geschrieben worden, aber man hört und liest wenig von dem, was nach der Operation vor sich geht und warum Recidive so häufig sind. Wenn der Operateur nach vielleicht 8—10 Tagen sich die Mühe nimmt, sorgfältig Borken und Schleim der operirten Seite zu entfernen und genau zu untersuchen, so wird er kleine Granulationen finden, die von der abgetragenen Fläche ausgehen und zuweilen von den Rändern her weit nach der Mitte hin vorwuchern. Wenn man nichts dagegen thut, wachsen sie oft noch grösser an, als der bereits entfernte Septumstachel vorher war. Nach einiger Zeit kriecht das Schleimhautepithel vom Rande her nach innen und überkleidet die Granulationen.

Kein Operateur soll deshalb die Entfernung von Septumstacheln vornehmen, ohne dem Kranken die Nothwendigkeit einer Nachbehandlung klar zu machen. Wenn der Patient nicht darauf eingehen kann oder will, dann soll die Operation lieber unterbleiben.

LEFFERTS.

28) **Thomas C. Evans. Correction von Verbiegungen des knorpeligen Septums der Nase. (The corrections of deviations of the cartilaginous nasal septum.)** *American Practitioner and News. März 1901.*

Verf. führte die Asch'sche Operation mit einem Messer aus, das ähnlich wie das Hajek'sche Messer rechtwinklig construirt ist. Seine Methode ist die Asch'sche und die Tuben, die er bevorzugt, sind als Mayer'sche Stützen bekannt.

EMIL MAYER.

29) **C. P. Linhart. Eine eigenartige Vergrösserung der Muscheln. (A peculiar enlargement of the turbinals.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. August 1900.*

Die Erkrankung war als Sarkom diagnosticirt worden, jedoch brachte Entfernung der ganzen Muschel und Jodkalium in grossen Dosen vollständige Heilung.

EMIL MAYER.

30) **Christian R. Holmes. Hypertrophie der Muscheln und ihre Beziehung zur Otitis media. Bericht über 1500 Operationen. (Hypertrophie of the turbinated bodies, and their relations to inflammation of the middle ear, with report of 1500 operations.)** *N. Y. Medical Journal. 29. September, 13. October 1900.*

Verf. spricht sich dahin aus, dass er in allen Fällen nur grade so viel von dem Rand der unteren Muschel abträgt, als nöthig ist, um einen genügenden Athemraum zu schaffen, dagegen so viel als möglich von dem vorderen Ende des Knochens erhält; deshalb soll die Schnittrichtung vom vorderen Ende des unteren Muschelrandes nach aufwärts und hinten gerichtet sein und hinten so viel als möglich von der Hypertrophie abtragen. Dabei soll die Säge nach hinten geführt werden, bis sie am Pharynx anstösst.

Bei den 1500 Muscheloperationen (Welch' erstaunliches Material! Red.) ist jede Seite als Operation für sich gerechnet, da Verf. niemals auf beiden Seiten gleichzeitig operirt; deshalb erstrecken sich die 1500 Operationen auf etwa 1000 Patienten. Die Operationen wurden sehr vorsichtig ausgeführt. Der älteste Patient war 70 Jahre alt, die Mehrzahl zwischen 13 und 40. In 82 Fällen bestanden Adenoide, in 36 eitrige Otitis media, in 472 Otitis media catarrhalis chronica.

LEFFERTS.

31) **J. W. Bird. Necrose der Muscheln und der benachbarten Gewebe. (Necrosis of turbinated bones and adjacent structures.)** *Laryngoscope. Februar 1901.*

Zweifellos specifischen Ursprungs. EMIL MAYER.

32) **Albert Sundholm. Knochencysten der mittleren Muscheln. (Cysts of the middle turbinated bones.)** *N. Y. Medical Record. Februar 1901.*

Verf. hat die Wahrnehmung gemacht, dass derartige Knochencysten meistens der Beobachtung entgehen, obgleich sie ziemlich häufig vorkommen. Es kommt dies daher, dass sie klein und nicht von ausgesprochenen Symptomen begleitet sind. Verf. berichtet über 3 Fälle, 2 fanden sich bei Frauen, eines bei einem Manne. In der ganzen darüber vorliegenden Literatur finden sich nur 2 Fälle und zwar bei männlichen Individuen. In einem der Fälle war die Cyste eiförmig und 4 cm lang. Der Autor ist der Ansicht, dass die Cysten nur versprengte Siebbeinzellen darstellen, die sich in der mittleren Muschel entwickelt haben.

LEFFERTS.

33) **Petit. Sarkom der Muscheln beim Hunde. (Sarcome des cornets chez le chien.)** *Société anatomique. 7. December 1900.*

Verf. demonstrirt einen Hundekopf, an welchem 3 Perforationen eine Communication der Nasenhöhlen schufen mit gleichzeitigem subcutanen Tumor, ausgehend von einem Sarkom der Muscheln. PAUL RAUGÉ.

34) **E. Harrison Griffith. Behandlung der Hypertrophie der unteren Muschel. (The treatment for hypertrophy of the inferior turbinated bone.)** *N. Y. Medical Journal. 24. Februar 1900.*

In jedem Fall, in welchem sich vermittelst Cocain und Nebennierenextract zeigen lässt, dass der Raum zwischen Septum und Muscheln theilweise oder ganz obliterirt ist, soll operirt werden. Man führe eine kleine Säge unter der Muschel ein und lege den Schnitt von unten nach oben und innen gegen das Septum hin. Man führe die Säge besonders sorgfältig nach hinten, um die hintere Muschelpartie zu entfernen, die sonst leicht stehen bleibt und eine erneute Operation erfordert. Das heruntergefallene amputirte Stück fasse man mit einer langen gekrümmten Zange und hole es heraus. Cauterisation zerstört die hypertrophischen Massen nicht ausreichend, die Schlinge entfernt nur unvollkommen und macht Nachoperationen erforderlich. Die betreffenden Partien mit der Zange abzubeissen ist eines Barbaren, aber nicht eines Praktikers im 19. Jahrhundert würdig! Die besten Erfolge giebt die Säge.

LEFFERTS.

35) **Baurowicz. Ueber das Operiren an der unteren Nasenmuschel. (O operowanin na musceli dolnej.)** *Dziennik. IX. Zjazd lekarzy i przyrodników Polskich w Krakowie. No. 5. 1900. p. 157.*

Verf. giebt an, dass er seit längerer Zeit und unabhängig von Ostmann die vom letzten angegebene Methode (tiefe Furche mittelst Galvanokauters und folgende Abtragung des hypertrophirten Theiles der Muschel mittelst der Scheere oder der Schlinge) an seinen Patienten mit gutem Erfolge angewandt hatte. Dabei war die Hauptidee des Verfassers ein womöglich blutloses Operiren auf einer Sitzung. Meistens wendet Verfasser die scharfen Instrumente an und zieht dieselben der Galvanocaustik vor, schliesslich warnt Verfasser vor einer zu energischen Entfernung der Schleimhaut (mittelst Galvanocauters), welche eine zu übermässige Austrocknung der Schleimhaut nach sich zieht, was besonders nachtheilig wirkt bei scrophulösen Individuen.

A. v. SOKOLOWSKI.

36) **J. A. Stucky. Chirurgie der Muscheln. (Surgery of the turbinated bodies.)** *Louisville Monthly Journal of Medecine and Surgery. März 1900.*

Bei der Entfernung der mittleren Muscheln sind die Scheeren von C. R. Holmes (Cincinnati) sehr zweckmässig.

An der unteren Muschel wird eine Incision entlang dem unteren Rande geführt, dann die Schleimhaut mit dem Scalpellstiel zurückgeschoben und der Knochen freigelegt.

So entsteht nur eine lineare Narbe.

EMIL MAYER.

37) **Chevalier Jackson. Bemerkungen zur Turbinotomy. (Notes on turbinotomy.)** *Larynposcope. December 1900.*

Verf. hat ein Turbinotom angegeben, das bei seiner schlanken Form in $^9/_{10}$ aller Fälle angewandt werden kann. Das Schloss ist sehr kräftig, so dass die Klingen nicht abgleiten und durch die härtesten Gewebe wie durch Papier schneiden. Das Schloss, sowie alle schweren Theile der Instrumente liegen ausserhalb der Nase und unter der Controle des Auges.

EMIL MAYER.

38) **J. E. Boylan. Neue Operationsmethode in der Chirurgie der Muscheln. (The surgery of the turbinal bodies, with a new method of operating.)** *N. Y. Medical Journal. 9. März 1901.*

B. giebt bei Muschelhypertrophie einer planmässigen Amputation der erkrankten Partien vor der Cauterisation derselben den Vorzug. Er kommt auf Grund seiner Erfahrungen an über 100 Fällen zu folgenden Schlussfolgerungen: 1. Die Hypertrophie der Muscheln ist gewöhnlich an den Muschelenden grösser als in der Mitte. 2. Die Verstopfung wird wirksamer durch Amputation als durch Cauterisation gehoben. 3. Die Anschwellung ist zwar an den hinteren Enden am grössten, aber die Verstopfung ist selten auf die Hypertrophie an dieser Stelle allein zurückzuführen. Zur Amputation des erkrankten Gewebes benutzt Verfasser Säge, Scheere oder kalte Schlinge, wobei er sich besonders auf zweckmässige Weise gegen das Abgleiten der Schlinge stützte. Von 42 Fällen, die ein Jahr nach der Operation untersucht wurden, fand sich in keinem Fall eine Störung vor, die auf die Operation zurückzuführen gewesen wären, eine Thatsache, die er nach dem Cauterisationsverfahren vermisst hatte.

LEFFERTS.

39) **M. A. Goldstein. Eine neue Technik zur Verkleinerung hypertrophischer Muscheln. (A new technique for the reduction of turbinal hypertrophies.)** *Laryngoscope.· 1901.*

Es handelt sich dabei um Cauterisation der hypertrophischen Muschel vermittelst Chromsäure. Dieselbe wird durch einen Trokart hindurch eingeführt, welcher in das hypertrophische Muschelgewebe eingestossen und möglichst dicht dem Knochen entlang geführt wird. Nach Entfernung des Stilets wird durch die Trokarthülse die Chromsäure mit einer Sonde an der gewünschten Stelle im hypertrohischen Gewebe applicirt.

EMIL MAYER.

40) **Carolus M. Cobb. Eine neue Nasenscheere zur Entfernung der unteren Muschel. (A new nasal scissors for the removal of the lower turbinate.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 1. Juni 1900.*

Der Mangel der meisten Nasenscheeren liegt darin, dass sie nicht stark genug sind, um die Muscheln zu durchschneiden. Ihre Klingen gleiten entweder aneinander vorbei oder die Griffe sind nicht hinreichend kräftig, um mit der Spitze mehr als die Schleimhaut durchzuschneiden. Das Instrument, das Verf. angiebt, hat kurze Klingen und ist im Ganzen so stark gebaut, dass er die untere Muschel durchschneiden kann. Die Form des Instrumentes erlaubt dem Operateur, jede Stelle der unteren Muschel damit zu erreichen, die durch die Säge oder ein anderes Instrument ausser der kalten Schlinge erreichbar ist.

EMIL MAYER.

41) **Georg C. Gage. Eine scharfe Muschelzange. (A turbinate-cutting forceps.)** *N. Y. Medical Journal. 2. Februar 1901.*

Obstruirende Tumoren, besonders Erweiterung des Knochens, treffen wir häufiger bei Erwachsenen, wo glücklicher Weise wegen der weiter geöffneten Nasenflügel eine grössere, stärkere Zange als bei Kindern angewandt werden kann. Eine schmalklingige scharfe Zange fasst die Muschel von beiden Seiten,

so dass die scharfe Klinge oben und ein concaves gefenstert Blatt unten zu liegen kommt und durchschneidet sodann glatt den Knochen.

LEFFERTS.

42) **Breitung. Zur Casuistik der Fremdkörper in der Nase.** *Münchener med. Wochenschr. No. 47. 1900.*

Warnung an die nicht rhinologisch gebildeten Aerzte, Fremdkörper aus der Nase zu entfernen, sondern von sachkundiger Hand extrahiren zu lassen.

SCHECH.

43) **Edward W. Peet. Fremdkörper in der Nase. (Nasal calculus.)** *Laryngoscope. August 1900.*

Verf. demonstrirte das Object, das $2^1/_2$ zu $^3/_4$ bis 1 cm maass und 30 Jahre lang, ohne diagnosticirt zu werden gelegen hatte.

EMIL MAYER.

44) **Wolfberg. Ein Insect im Thränennasengang. (A snat in the nasal duct.)** *N. Y. Medical Journal. 15. September 1900.*

Verf. berichtet von einer 40jährigen Frau, welche seit vielen Jahren an einer Thränensackfistel litt und das typische Bild dieser Erkrankung darbot. Sie war lange Zeit in Behandlung, aber Alles, was auch versucht wurde, war erfolglos. Der Thränensack wurde schliesslich exstirpirt und einige Tage später stellte sich eitriger Ausfluss aus dem Thränensackcanal ein. Gelegentlich eines kräftigen Druckes trat eine grosse Menge Eiter aus mit einem schwärzlichen Object, das sich als ein Insect von 8 mm Länge, weiss und schwarz geringeltem Körper und kurzen Flügeln erwies. Mit der Entfernung des Insectes hörte die Eiterung plötzlich auf und nach 6 Tagen später fühlte sich Patientin völlig wohl. Zwar hat das Insect sicherlich nicht das primäre Leiden verursacht, aber unzweifelhaft die postoperative Eiterung, d. h. den profusen eitrigen Ausfluss nach Thränensackexstirpation. Verf. ist der Ansicht, dass sich das Insect schon einige Tage vor der Operation in der Nase befand und von da seinen Weg in den Thränennasencanal gefunden hat.

LEFFERTS.

45) **Eduard Richter. Ueber zwei seltene vergessene Fremdkörpereinlagerungen in Nase und Ohr und eine eigenthümliche Fremdkörperwanderung.** *Mon. f. Ohrenheilkde. No. 3. 1901.*

Der eine Fall betrifft ein Stück Kastanienschale, das 10 Jahre lang in der Nase gelegen und in eine Art Kapsel von Granulationsgewebe eingebettet war; der zweite Fall betraf eine Perle im Ohr, die vom äussern Gehörgang bis in das Antrum mastoideum gewandert war.

SCHECH.

46) **Notiz des Herausgebers. Entfernung von Fremdkörpern in der Nase. (Removal of foreign bodies in the nose.)** *Journal American Medical Association. 19. Januar 1901.*

Kinder stecken sehr häufig beim Spielen mit kleinen Objecten (wie Erbsen, Bohnen, Körner u. s. w.) solche in die Nase, von wo sie dann nur mit Mühe entfernt werden können und den Kindern grossen Schrecken verursachen. Wenn das Kind alt genug ist, soll es dazu angehalten werden, stark zu schnauben oder zu niesen, ferner ist zu empfehlen Kitzeln der Schleimhaut oder Darreichung eines

Schnupfpulvers. Häufig kann der Gegenstand dadurch herausbefördert werden, dass man das Kind tief Athem holen lässt und ihm dann einen leichten Schlag auf den Rücken versetzt. Hilft das nicht, so hält man das Nasenloch, in welchem der Fremdkörper sitzt zu, bläst in das andere mit einem Gummischlauch hinein, während man das Kind auffordert, den Mund zu schliessen; dann giebt man plötzlich das zugehaltene Nasenloch frei. Hilft das auch nicht, so muss man zum Forceps oder zu anderen chirurgischen Maassnahmen greifen. EMIL MAYER.

c. Mundrachenhöhle.

47) **Maillaud** (Lyon). **Pharyngeale Glossoectopie. (Glosso-ectopie pharyngée.)** *Société des sciences Médicales de Lyon. 19. December 1900.*

Demonstration von Präparaten von einem todtgeborenen Kinde aus der Maternité der Charité.

Bei der Autopsie constatirt man einen abnorm kurzen Gaumen. Das Gaumensegel stellt ein vertikales Diaphragma dar mit einer centralen Oeffnung von 1 cm im Durchmesser. Hintere Gaumenbögen und Tonsillennischen fehlen, ebenso das Zäpfchen. An Stelle dessen finden sich zwei kleine Vorsprünge seitlich an der Basis der vorderen Gaumenbögen. Die Oeffnung im Gaumensegel füllt die darin steckende Zungenspitze völlig aus, welche in Folge dessen gar nicht in der Mundhöhle drin liegt. Die Untersuchung eines in paraffinirter Gelatine eingelegten vertikomedianen Gefrierschnittes erweist eine abnorme Verkürzung des Unterkiefers. Die Gaumenwölbung beträgt nicht mehr als 1 cm. Die Zunge ist gegen die Wirbelsäule und Schädelbasis angedrängt und drückt die Epiglottis platt an die hintere Pharynxwand an, während die Zungenspitze in die Oeffnung des Gaumensegels und die Choanen eindringt. PAUL RAUGÉ.

48) **Kuse. Agnathie und begleitende Erkrankungen der Zunge. (Agnathia and the accompanying lingual conditions.)** *N. Y. Medical Record. 22. Juni 1901.*

K. berichtet über die pathologischen Befunde bei 5 Monstren mit fehlendem Unterkiefer aus der Sammlung des Göttinger pathologischen Instituts.

LEFFERTS.

49) **Comba. Ein umfangreiches Teratom der Zunge bei einem Neugeborenen. (Un voluminoso teratoma della lingua in un neonato.)** *Acad. Medico-Fisica Fiorentina. IV. 1901.*

Aus dem Munde des Neugeborenen, das bald nach der Geburt zu Grunde ging, hing an einem Stiel, der von der Zunge gebildet wurde, eine Geschwulst, ungefähr von der Grösse des Kopfes. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich nicht um einen wirklichen Tumor im pathologisch-anatomischen Sinne handelte, sondern um eine Missbildung, ein Teratom. FINDER.

50) **T. V. Laborde. Respiratorischer Reflex und Tractionen der Zunge. (Respiratory reflex and lingual tractions.)** *N. Y. Medical Record. 24. Februar 1900.*

L. beschreibt eine Methode zur Behandlung des Scheintodes und führt aus, dass der Athemreflex das erste Lebenszeichen beim neugeborenen Kinde darstellt

und dass es bei der Wiederbelebung asphyktischer Kinder in erster Linie in Betracht kommt, ebenso wie in Fällen von Aussetzen der Lebensäusserungen oder Scheintod. Die sensorischen Nerven, die diesem Akte dienen, sind der Vagus und Glossopharyngeus. Rhythmische Tractionen der Zunge stimuliren diese Nerven zu erneuter Thätigkeit. Die Methode ist so einfach, dass sie in Erstickungsfällen u. s. w. stets versucht werden sollte. L. ist der Ansicht, dass die Latenzzeit der Lebensäusserungen im Scheintodt ungefähr 3 Stunden dauern könne und dass während dieser Zeit ausgeführte rhythmische Tractionen der Zunge oft die Athmung wieder in Gang bringen und den Patienten am Leben erhalten. Ein Versagen dieser Methode beweist, dass der Tod wirklich, nicht nur scheinbar, eingetreten ist. Verf. verlangt die Ausübung dieser Procedur in jedem Todesfall 3, 6 oder sogar 12 Stunden lang, entweder vermittelst der blossen Hand oder eines Apparates, den er eigens zu diesem Zweck construirt hat.

LEFFERTS.

51) **Laborde. Hervorziehen der Zunge bei Asphyxie. (Traction of the tongue in asphyxia.)** *N. Y. Medical Journal. 14. April 1900.*

L. führt aus, dass in diesem Sommer 14 officielle Berichte über erfolgreiche Wiederbelebungen durch rhythmisches Hervorziehen der Zunge bei Ertrunkenen vorliegen, die länger unter Wasser waren, als die äusserste Grenze von 6 Minuten, bei welcher eine Wiederbelebung durch die gewöhnlichen anderen Methoden noch möglich ist. Es werden nur solche Fälle citirt, in denen Personen 10—20 Minuten unter Wasser, oder „lange Zeit" durch Leuchtgasvergiftung asphyktisch waren. Die Zeitdauer, während welcher die Lebensfunctionen latent bleiben können, ist also viel länger, als man bisher annahm, und Laborde versichert, dass es möglich ist, Scheintodte durch diese regelmässigen 15 Minuten bis eine Stunde lang fortgesetzten Tractionen der Zunge wieder zu beleben; sie müssen sogar wenn nöthig 3 Stunden lang ausgeführt werden, welchen Zeitraum er als äusserste zeitliche Grenze des Scheintodes betrachtet.

LEFFERTS.

52) **Laborde. Rythmische Traction der Zunge bei Typhuskranken. (Rythmical traction of the tongue in typhoid fever.)** *N. Y. Medical Record. 19. Mai 1900. N. Y. Medical Journal. 26. Mai 1900.*

L. berichtet über einen Fall von Dr. Schneider, Chirurg am Militärspital in Oran, in dem asphyktische Erscheinungen bulbären Ursprungs, die frühzeitig im Verlauf eines Typhus auftraten, durch rythmische Tractionen der Zunge zum Verschwinden gebracht wurden. Es wurde während 2 Stunden eine Zange an die Zunge angelegt, und sobald der Patient das Herannahen von asphyktischen Symptomen bemerkte, wiederholte er selbst das Hervorziehen der Zunge in derselben Weise, wie es der Arzt gethan hatte. Verf. befürwortet die Anwendung des Verfahrens bei gewissen Formen der Aura epileptica, wo es vielleicht als Präventivmittel dienen kann, in dem der Patient die Tractionen selbst vornimmt.

LEFFERTS.

53) **Müller. Ueber den Zungenbelag bei Gesunden und Kranken.** *Münchener med. Wochenschr. No. 33. 1900.*

Während bei Gesunden der Zungenbelag fast ausschliesslich von der Aus-

bildung der Haarbüschel an dem Papill. filif. abhängt, diese aber sehr verschieden ist, spielen reichliche Auflagerungen eine geringe Rolle, da sie bei der Nahrungsaufnahme regelmässig entfernt werden. Bei Kranken findet sich Zungenbelag am häufigsten bei acuten Krankheiten, mögen sie den Verdauungsapparat betreffen oder nicht; weniger häufig ist er bei den chronischen Verdauungskrankheiten. Von grosser Wichtigkeit ist das mechanische Moment, die Abbürstung der Zunge bei der Nahrungsaufnahme, welche unterbleibt oder gering ausfällt bei Appetitlosigkeit und Ruhestellung; bei manchen Krankheiten wird ferner durch Veränderung der Schleimhaut die Desquamation der Epithelien verstärkt und erleichtert. Die interessante Arbeit verdient im Original gelesen zu werden.

SCHECH.

54) **J. L. Goodale. Leukoplakie. (Leucoplakia.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. November 1900.*

Mittheilung der Discussion in der Section für Dermatologie und Syphilologie auf dem 13. internationalen medicinischen Congress.

EMIL MAYER.

55) **Gaucher** und **Barbe. Leukoplakie der Zunge bei conceptioneller Syphilis. (Leukoplasie linguale dans la syphilis conceptionelle.)** *Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie. März 1901.*

Eine lehrreiche Beobachtung: Es handelt sich um eine Frau, die niemals specifisch krank war, aber vor 4 Jahren von einem hereditär syphilitischen Kinde entbunden worden ist; der Vater ist seit 1892 syphilitisch. Die Frau wies vor einem Jahre weisse Plaques auf der Zunge auf, die unter specifischer Behandlung heilten.

Man darf also schliessen, dass die Mutter von einer parasyphilitischen Leukoplakie durch conceptionelle Syphilis befallen war, ein abermaliger Beweis zu Gunsten der Besnier'schen Annahme, dass jede (? Red.) Frau, die von einem syphilitischen Ehemanne geschwängert wird, selber syphilitisch wird.

PAUL RAUGÉ.

56) **M. L. Heidingsfeld. Leukoplakia linguae.** *Journal American Medical Association. 23. März 1900.*

Verf. demonstrirt eine Leukoplakie der Zunge, die schon seit 10 Jahren bei einem vor 20 Jahren syphilitisch inficirten Individuum besteht. Einige der Plaques sind so gross und so dick wie eine halbe Bohne. Im November 1900 wurden sie radical exstirpirt. Die pathologisch anatomische Untersuchung ergab einen epithelialen Charakter der Affection mit ausgesprochener Proliferation und Tiefenwucherung des Epithels, sowie herdweiser Degeneration mit nestförmiger Anordnung des Epithels. Eine Bindegewebslage trennte sie vom unterliegende Gewebe. Zellige Infiltration war nirgends sichtbar und das einzige pathologische Symptom von Syphilis war eine bestehende Endarteritis obliterans.

EMIL MAYER.

57) **J. van der Spek. Psoriasis mucosae oris et linguae.** *Medisch Weekblad. 19. März 1901.*

Nicht für Specialisten bestimmte Besprechung der Leukoplakia oris.

H. BURGER.

58) **H. Nott. Ein Wespenstich auf der Zunge. (Wasp-sting of the tongue.)** *Brith. Medical Journal. 3. November 1900.*

Ein 13jähriger Knabe war von einer Wespe auf der Zunge gestochen worden. Es trat für die nächsten $2^1/_2$ Stunden eine starke Schwellung ein, die allmälig wieder zurückging.

Zunge und Mundschleimhaut wurden mit einer starken Carbollösung bestrichen.

ADOLPH BRONNER.

59) **Bouveyron. Glossitis exfoliativa marginalis. (Glossite exfoliatrice marginée,)** *Société des Sciences médicales de Lyon. 26. December 1900.*

Es handelt sich um einen Fall, der interessant ist wegen der Coincidenz von Exacerbationen der Glossitis und einer gleichzeitigen Tuberkulose der linken Lungenspitze.

PAUL RAUGÉ.

60) **Guinon. Asphyxie durch hypertrophische Glossitis bei einem syphilitischen Säugling. (Asphyxie par glossite hypertrophique chez un nourrisson syphilitique.)** *Société de péliatric. 13. November 1900.*

Eie 5wöchentlicher Säugling wird seit 8 Tagen von Erstickungsanfällen befallen. Man vermuthete eine Lungenstenose und nach einem fruchtlosen Intubationsversuch wurde die Tracheotomie ausgeführt.

Das Kind starb nach 3 Tagen an Bronchopneumonie.

Bei der Autopsie fand man den Larynx normal aber eine enorme Hypertrophie der Zunge.

Variot und Richardière bemerken, dass die hypertrophische Glossitis im Allgemeinen keine Dyspnoe verursacht.

PAUL RAUGÉ.

61) **W. J. Chappell. Tuberculose der Zunge. (Tuberculosis of the tongue.)** *Laryngoscope. Mai 1901.*

Primäre Tuberkulose der Zunge ist selten, secundäre dagegen häufig genug berichtet. In den letzten 3 Jahren kamen 10 tuberkulöse Sekundäraffectionen der Zunge zur Beobachtung des Verf. Nach seiner Ansicht gehen der Infection der Zunge Verletzungen ihrer Oberfläche voraus. Secundäre Infectionen entstehen gewöhnlich auf Grund von Lungen- oder Larynxtuberkulose und treten als kleines Knötchen an irgend einer verletzten Stelle der Zunge auf. Nach einiger Zeit bricht das Knötchen auf und bildet nun eine Fissur oder Ulceration. In 8 von den Fällen sass die Ulceration an der Spitze oder den Seiten der Zunge, in zwei Fällen mitten auf der Zunge nahe an der Basis. Eine schmerzhafte Ulceration an diesen Stellen bei einem Tuberkulösen spricht immer für Tuberkulose. Tuberkelbacillen lassen sich in den Ulcerationen nicht immer finden. Das Geschwür ist gewöhnlich flach und unregelmässig, ohne harte Ränder. Den Grund nimmt eine zähe perlgrauglänzende Membran ein, die ganz anders aussieht wie bei gewöhnlichen Ulcerationen. In keinem Fall wurden Drüsenschwellungen beobachtet. Gewöhnlich bestanden starke, intermittirende Schmerzen.

EMIL MAYER.

62) **Christopher Heath. Eine klinische Vorlesung über syphilitische Erkrankungen der Zunge. (A clinical lecture on syphilitic diseases of the tongue.)** *Brit. Medical Journal. 22. December 1900. N. Y. Medical Record. 5. Januar 1901.*

Primäre Syphilis der Zunge ist sehr selten. Ein wichtiger Punkt, an den man stets denken soll, ist der, dass der Schanker an der Zunge, ebenso wie an der Lippe oder der Finger nicht jene auffällige Härte, wie der Schanker an den Genitalien aufweist. Es ist zweifellos, dass Schleimhautaffectionen im Munde primären Schanker am Munde bei einer zweiten Person hervorrufen können. Ein Symptom von constitutioneller Syphilis an Zunge und Mund ist die Entwickelung oberflächlicher Entzündungen. Gleichzeitig damit besteht gewöhnlich eine gewisse Epithelabschürfung auf der Zunge. Der Ulceration, die meist multipler Natur ist, kann Entzündung vorausgehen. Häufig besteht chronische Verdickung der Zunge. Secundäre Zungensyphilis wird mit Quecksilber behandelt, und zwar in allgemeiner sowie localer Application. Mundspülungen mit $^1/_2$ prom. Sublimatlösung sind ausgezeichnet; allmälig wird die Concentration gesteigert. Die Lösung soll 2—3mal täglich je 5 Minuten lang im Mund gehalten werden. Verf. giebt der Inunctionskur vor der innerlichen Anwendung des Quecksilbers den Vorzug. Bezüglich der tertiären Lues gilt Hutchinson's Ausspruch: „Wenn man irgend eine Stelle lang genug reizt, kann man auf diese Weise eine Epitheliom machen.“ Gummata werden mit grossen Dosen Jodkalium und Mundspülungen mit Sublimat behandelt. Viele Fälle von Leukoplakie beruhen auf Syphilis. Syphilitische Warzen hinten auf der Zunge dürfen nicht mit hypertrophischen Papillen gesunder Zungen, wie man zuweilen zu Gesicht bekommt, verwechselt werden.

LEFFERTS.

63) **M. L. Heidingsfeld. Spitze Condylome der Zunge. (Condylomata acuminata linguae.)** *Journal cutaneous and Genito-urinary diseases. Mai 1901.*

Eine 24jährige Patientin mit syphilitischer Vorgeschichte bemerkte eine warzige Geschwulst im Centrum der Zunge nahe der Papillae circumvallatae. Auf beiden Labia majora fanden sich syphilitische Warzen. Bei der mikroskopischen Untersuchung erwiesen sich beide identisch. Es besteht zwar keine relative aber absolute Bindegewebszunahme und active Hypertrophie der Papillen.

EMIL MAYER.

64) **Garel** (Lyon). **Adhärenz des Gaumensegels an der Zunge bei syphilitischer Affection. (Adhérence du voile du palais à la langue par lésion syphilitique.)** *Société des Sciences médicales de Lyon. 19. September 1900.*

Ein syphilitischer Patient hatte Affectionen im hinteren Rachen, die die gegenwärtigen fehlerhaften Narbenbildungen hervorgerufen haben.

Das Gaumensegel ist vollkommen an der Zungenbasis adhärent und lässt zu beiden Seiten nur zwei Orificien von $1^1/_2$ cm.

Die Stimme ist wenig beeinträchtigt, aber der Schlingact sehr erschwert.

PAUL RAUGÉ.

65) **John C. Murphy. Bericht über einen Fall von primärem Lupus der Zunge. (Report of a case of primary of the tongue.)** *Interstate Medical Journal. April 1900.*

Es handelte sich dabei um einen 33jährigen Mann. Die Diagnose war durch mikroskopische Untersuchung gesichert. Die Ulceration wurde excidirt.

EMIL MAYER.

66) **Segond** (Paris). **Tumor an der Zungenbasis. (Tumeur de la base de la tongue.)** *Société de chirurgie. 28. November 1900.*

Der demonstrirte Tumor war eine Cyste der Zungenbasis, die bei einer 39jährigen Frau entfernt worden war. Die haselnussgrosse Cyste bestand seit 2 Jahren und nahm den Rand der Zungenwurzel ein. PAUL RAUGÉ.

67) **Eugenio Arcoleo. Ueber einen Fall von Fibrom der Zunge. (Concerning a case of fibroma of the tongue.)** *N. Y. Medical Journal. 26. Januar 1900.*

Der 26jährige Patient hatte bereits 6 Jahre vor seiner Aufnahme einen kleinen, etwa erbsengrossen, rothen Tumor auf der Zunge bemerkt. Derselbe wuchs allmälig und störte schliesslich beim Kauen. Syphilis anamnestisch nicht festzustellen. Bei der Untersuchung fand sich die Geschwulst in der Medianlinie der Zungenbasis, von der Grösse einer Maulbeere, mit unregelmässiger Oberfläche, von rother Farbe. Bei der Palpation war sie beweglich und haftete mit einem kurzen Stiel an der Zunge. Sie war nicht empfindlich und von harter Consistenz. Die submaxillaren und cervicalen Lymphdrüsen waren nicht vergrössert. Der Tumor wurde entfernt und am 6. Tage war die Wunde geheilt. Die mikroskopische Untersuchung ergab Fibrom. LEFFERTS.

68) **Sabrazès** et **Houpert** (Bordeaux). **Epidermiscysten des Frenulum linguae bei einem 3wöchentlichen Kinde. (Kystes épidermiques du frein de la langue chez un enfant âgé de trois semaines.)** *Bulletin médical. 16. März 1900.*

Epidermiscysten werden sehr häufig bei Neugeborenen beobachtet. Sie sitzen gewöhnlich in der Gaumenwölbung in der Medianraphe, zuweilen auch auf dem Alveolarrand, häufiger auf dem freien Rand der hinteren Gaumenbögen. Die Cysten des Zungenbändchen sind dagegen sehr selten. Ausserdem sind sie nicht immer durchaus gutartig, können das Kind im Saugen stören und so in Lebensgefahr bringen. Die beiden Tumoren, die in dem hier beschriebenen Fall vorlagen, wurden mit der krummen Scheere entfernt.

Mikroskopisch ergab sich, dass es sich um eine reine gestielte Epidermiscyste handelte, die eine doppelte Epitheltasche bildete. PAUL RAUGÉ.

69) **Viannay** (Lyon). **Ein Fall von Adenom der Zunge. (Un cas d'adénome lingual.)** *Société des Sciences médicales de Lyon. 20. Februar 1901.*

Der Kranke wurde wegen eines recidivirenden Zungentumors operirt, der sich nach 3 Jahren wieder eingestellt hatte. Es handelte sich um einen runden, kaum

ulcerirten, harten Tumor, der sich bei der histologischen Untersuchung als Adenom erwies.

PAUL RAUGÉ.

70) **J. E. Summers. Endotheliom (Adenom) des Zungenbeins, das eine Struma lingualis vortäuschte. (Endothelioma (adenoma) of the base of the tongue simulating a struma of the tongue.)** *Western Medical Review. 6. März 1901.*

Der Fall ist nur von chirurgischem Interesse.

EMIL MAYER.

71) **Daulos. Carcinomatöse Zunge. (Langue cancéreuse.)** *Société française de Dermatologie et de Syphilographie. 7. Februar 1901.*

Ein Mann von 28 Jahren leidet seit 5—6 Monaten an Carcinom der Zunge. Es besteht eine richtige Caverne, die zwei Drittel der Zunge einnimmt. Die Beobachtung ist erstlich interessant in Hinsicht auf das jugendliche Alter des Patienten und dann auch hinsichtlich des schnellen Verlaufs der Affection.

PAUL RAUGÉ.

72) **Letulle** (Paris). **Leukokeratose der Zunge mit Epidermiskugeln. Leucekératose linguale avec globes épidermiques.)** *Société anatomique. 15. Februar 1901.*

L. demonstrirt Präparate und Abbildungen von 2 Fällen von Leukokeratose der Zunge in der Nachbarschaft von carcinomatösen Bezirken. Es fanden sich zahlreiche Epidermiskugeln.

PAUL RAUGÉ.

73) **Gottlieb Koltze. Vollständige Exstirpation der Zunge und des Mundbodens. (Complete exstirpation of the tongue and floor of the mouth.)** *Philadelphia Medical Journal. 5. Januar 1901.*

Bei einem 53jährigen Mann entwickelte sich im September 1898 ein Tumor an der Zungenspitze. Derselbe wurde nach der Langenbeck'schen Methode entfernt unter Durchsägung des linken Unterkiefers. Die Geschwulst recidivirte im Juni 1898 in einer solchen Ausdehnnng, dass Operation nicht mehr räthlich schien. Bei der Untersuchung durch Rose fand sich die Zunge verdickt, links mehr als rechts, gerunzelt und hart, und die Schwellung war bis auf die Zungenbasis zu verfolgen. Die hintere Portion der Zunge reichte bis dicht an den weichen Gaumen heran, die vordere berührte beinahe die oberen Schneidezähne, so dass Pat. den Mund fast stets offen halten musste. Die Operation wurde unter Chloroformnarkose vorgenommen: Incision durch die ganze Dicke der Unterlippe bis auf den Knochen, ein zweiter Schnitt rechtwinklig zum ersten, entlang dem Unterkieferrand bis zum linken Unterkieferwinkel. Ein Hautlappen wird nach oben geschlagen, die Schleimhaut sorgfältig geschont und die Exarticulation der linken Seite vorgenommen. Eine horizontale Incision wird nach dem rechten Unterkieferwinkel geführt und der Unterkiefer dicht unter dem aufsteigenden Ast durchsägt. Die Gefässe wurden direct beim Durchschneiden unterbunden, die Zungenarterien, sowie die Aeste der Arteria facialis. Von der linken Seite an wurde dann die Zunge mit den benachbarten infiltrirten Geweben mit Scheere und Messer entfernt und die Theile der Zunge und des Mundbodens, die noch mit dem Zungenbein zusammenhingen, mit Chassaignac's Ecraseur entfernt. Auch die erkrankten

Tonsillen wurden exstirpirt. Die Schleimhaut der Epiglottis wurde dann mit den stehengebliebenen Resten der Unterlippenschleimhaut vernäht und nach Abtragung von mindestens einem Zoll der weichen Partien des Kinns die Haut der beiden Wundseiten vernäht. Pat. wurde nach der Operation durch die Schlundsonde ernährt, die er sich selber einführte. Nach 9 Tagen war die äussere Wunde geheilt und die granulirende Fläche im Munde wesentlich verkleinert. 14 Tage nach der Operation verliess der Kranke das Hospital, vermochte besser als vor der Operation zu schlucken und machte auch in der Sprache Fortschritte. LEFFERTS.

74) **G. Baudouin. Individuelle Zungenspatel. (Individual tongue depressors.)** *N. Y. Medical Journal. 4. August 1900.*

Verf. befürwortet zum Hinabdrücken der Zunge die Anwendung passender Holzspatel, die nach einmaligem Gebrauch weggeworfen werden, als prophylaktische Maassnahme gegen die Uebertragung von Syphilis. LEFFERTS.

75) **Lamann. Noch ein Zungenspatel. Ein Beitrag zur Physiologie des Schutzvorrichtungssystems.** *Mon. f. Ohrenheilkde. etc. No. 10. 1900.*

Allgemeine Betrachtungen über das Schutzsystem der Mund- und Rachenhöhle, ein Mittel, sich die Inspection derselben zu ermöglichen und zu erleichtern und die Fehler, welche den Spateln anhaften. Der Spatel von L. ist zusammenklappbar, die Theile sind geschweift und vorne mit einem ovalen Fenster versehen.

SCHECH.

76) **G. Alvin Hill. Eine neuer Zungenspatel. (A new tongue depressor.)** *Journal American Medical Association. 26. Januar 1901.*

Dieser Metallspatel haftet beim Auflegen auf die Zunge so fest, dass man sie beträchtlich damit nach vorne ziehen und so die Zungenbasis aus dem Rachen vorbringen kann und Platz zur Inspection und Application gewinnt. Der Spatel kann im Stiel gewechselt werden. EMIL MAYER.

77) **David Riesmann. Pulsation der Uvula bei Aorteninsufficienz. (Pulsation of the uvula in aortic insufficiency.)** *American Medicine. 15. Juni 1901.*

Es werden 2 Fälle mitgetheilt. Das Phänomen hat natürlich den gleichen Ursprung wie der Capillarpuls, wenn es auch nicht ausgeschlossen ist, dass in den weichen Geweben, wie Tonsillen, Gaumenbögen, Uvula und Zunge, die kleinsten Arterien selbst am Entstehen der Bewegung theilhaben. Als physikalisches Zeichen hat die Pharynxpulsation keinen anderen Werth als der Capillarpuls. EMIL MAYER.

78) **W. E. Hadden. Mechanische Strangulation der Uvula. (Mechanical constriction of the uvula.)** *N. Y. Medical Record. 5. Januar 1901.*

Verf. berichtet von einem interessanten Fall bei einem Leinenweber, in welchem die Uvula zufällig durch einen verschluckten Faden strangulirt wurde; es trat dabei Würgen und Erbrechen ein. Erst die Abtragung der geschwollenen Partie mit der Scheere brachte Erleichterung. LEFFERTS.

79) **Levinger. Fall von Gangrän der Uvula in Folge Verletzung 15 Jahre vorher; Fall von syphilitischem Tumor der Tonsille.** *Mon. f. Ohrerheilkde. etc. No. 3. 1901.*

Im ersten Falle stellte sich in Folge einer Halsentzündung Gangrän der Uvula ein, die, weil sie nur noch durch zwei narbige Brücken mit dem Velum zusammenhing, amputirt wurde. Im zweiten Falle bildete sich der Tumor nach Jodkaligebrauch zurück. Die Details sind im Original zu lesen. SCHECH.

80) **Lennox Browne. Entfernung der Uvula. (Removal of the uvula.)** *N. Y. Medical News. 22. September 1900.*

Verf. sagt, dass eine länger erschlaffte Uvula nicht nur zu Lungenkrankheiten disponirt, sondern auch einen directen Reiz für Erscheinungen seitens der Brustorgane darstellt. Er führt zum Beispiel dessen einen Arzt an, der an einem Reizhusten litt und über Schmerzen in der linken Infrascapularregion, sowie Gewichts- und Kräfteverlust klagte und von zwei hervorragenden Diagnosten als schwindsüchtig angesehen wurde. Nach Entfernung der Uvula genas er schnell und steht seit 25 Jahren in seinem practischen Wirkungskreis ohne ein Anzeichen einer Lungenerkrankung. LEFFERTS.

81) **W. E. Casselberry. Winke für die Uvulotomie. (A suggestion concerning uvulotomy.)** *Journal American Medical Association. 30. März 1901.*

Der Anfang bei dieser neuen Methode ist der gleiche wie bei der alten, abgesehen davon, dass die Uvula mit einer Zange etwas unterhalb der zu durchschneidenden Stelle gefasst und dann mit der Scheere etwas darüber durchschnitten wird. Die Uvulotomiescheere des Verf.'s ist besonders zweckmässig. Die Schleimhaut retrahirt sich etwas und deshalb muss unmittelbar darauf die weitere Resection des hervorquellenden Muskelbündels erfolgen. Durch eine gezahnte Zange kann dasselbe aus der retrahirten Schleimhaut noch etwas hervorgezogen und dann der Muskel allein durschnitten werden. EMIL MAYER.

d. Diphtheritis und Croup.

82) **Francis P. Denny. Ueber Diphtheriebacillen bei Gesunden in Hals und Nase mit Beiträgen zur Casuistik. (Diphtheria bacilli in healthy throats and noses, with report of cases.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 22. November 1900.*

Verf. kommt zu folgenden Schlussfolgerungen:

Diphtheriebacillen werden selten im Halse von Personen gefunden, die sich der Diphtherie nicht ausgesetzt haben.

Diphtheriebacillen werden häufig bei exponirten Personen gefunden, besonders solchen, welche in ärmlichen Verhältnissen oder in Anstalten wohnen.

Bedingungen des Anstaltslebens, welche das Wachsthum des Bacillus in gesundem Halse begünstigen, sind vor allem das zahlreiche Zusammenleben in schlechtdurchlüfteten Räumen.

Gesunde Personen mit virulenten Bacillen im Halse können die Krankheit

verbreiten; sie sind ebenso gefährlich wie leichte oder in der Reconvalescenz befindliche Diphtheriefälle und sollen daher aufgesucht und isolirt werden.

EMIL MAYER.

83) **Schoedel. Gefahren der Dejectienon Diphtheriekranker. (Danger from the alvine dejections of diphtheria patients.)** *N. Y. Medical Journal. 17. November 1900.*

Verf. fand Diphtheriebacillen in den Faeces von Kindern, die an manifester Halsdiphtherie gestorben waren, eine Thatsache, die darauf hinweist, dass die Krankheit durch die Ausleerungen verbreitet werden kann.

LEFFERTS.

84) **H. B. Donkin. Diagnose der Diphtherie. (The diagnosis of diphtheria.)** *N, Y. Medical Journal. 17. November 1900.*

Verf. tritt dafür ein, dass alle bakteriologisch unsicheren und zweifelhaften Fälle als Diphtherie behandelt werden sollen, wofern sie nur in ihren klinischen Erscheinungen darauf hinweisen.

LEFFERTS.

85) **Robert Scott** (Hallaret-Victoria). **Einleitung einer Discussion über Diphtherie. (A proper introducing a discussion on diphtheria.)** *Australasian Medical Gazette. 20. November 1900.*

Verf. constatirt, dass Kinder unter einem Jahr verhältnissmässig immun gegen schwere Diphtherie sind, vielleicht wegen der rudimentären Beschaffenheit der Tonsillen in diesem Lebensalter. Frühe energische Antitoxinbehandlung ist am erfolgreichsten.

A. T. BRADY.

86) **Winters. Klinische und bakteriologische Diphtherie. (Clinical an bakteriological Diphtheria.)** *N. Y. Medical News. 17. November 1900.*

Trousseau sagt in seinem Buch, dass Diphtherie beim Spitalpersonal sehr selten vorkommt. Verf. fand nun merkwürdiger Weise unter dem Personal des Bostoner Hospitals über 100 Diphtheriefälle im Verlauf weniger Jahre. Das liegt an dem Unterschied zwischen klinischer und bakteriologischer Diphtherie. Seit dem Aufkommen der bakteriologischen Diagnose ist die Zahl von Diphtheriefällen schnell gewachsen. Im Boston City Hospital sind im Verlauf von 4 Jahren vor der bakteriologischen Diagnose 1100, in den letzten 13 Monaten dagegene 1900 Diphtheriefälle verzeichnet worden. Aerzte sind im Allgemeinen gegen die Anwendung grosser Antitoxindosen. Im Willard Parker Hospital zu New-York hat man ein Anwachsen der Mortalität bei Steigerung der Antitoxindosen zu beobachten geglaubt. Selbst die wärmsten Fürsprecher der Serumbehandlung können nicht behaupten, dass bessere Resultate mit grossen als mit kleinen Dosen erreicht werden.

LEFFERTS.

87) **Cnopf** (Nürnberg). **Ueber Erfahrungen bei Diphtherie.** *Münchener med. Wochenschrift. No. 46. 1900.*

Auch in Nürnberg nahm seit 1895 die Diphtheriemortalität um die Hälfte ab. Durch die Intubation werden sehr häufig Läsionen geschaffen, oft schon nach 36stündiger Intubation, was sich nur aus der hochgradigen Vulnerabilität der Schleimhaut in Folge der Diphtherie erklären lasse.

SCHECH.

88) **E. P. Joslin. Die Behandlung der Diphtherie im Boston City-Hospital. (The treatment of diphtheria at the Boston City Hospital.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 8. November 1900.*

Zu grosse Dosen können keinen Schaden anrichten. Allenfalls entsteht eine Urticaria, aber eine solche kommt ebenso gut nach grossen wie nach kleinen Dosen vor.

In schwereren Fällen giebt Mc Collom 4000 E. auf einmal und wiederholt die Dose alle 4—6 Stunden bis zur Beserung. Kinder unter 5 Jahren 3000 E., über 5 Jahre 4000 E. Einem schwer erkrankten Manne wurden sogar 8000 E. auf einmal gegeben. Derselbe wurde geheilt.

Die Mortalität im Boston City Hospital vor 1895 schwankt zwischen 46 bis 50 pCt. Im Süddepartement ist die Ziffer vor 2 Jahren auf 12 pCt., im letzten Jahre auf 10 pCt. gefallen. Als Resultat seiner Erfahrungen an mehr als 6000 Diphtheriefällen empfiehlt Mc Collom die Anwendung grosser Antitoxindosen.

EMIL MAYER.

89) **Papasotirin. Notiz über den Einfluss des Petroleums auf den Diphtheriebacillus.** *Münch. med. Wochenschr. No. 40. 1900.*

Bakteriologische Untersuchungen ergaben, dass durch Petroleum das Wachsthum der Diphtheriebacillen in keiner Weise gehemmt wurde.

SCHECH.

90) **H. Taylor. Die Behandlung der Diphtherie mit Jod. (The treatment of diphtheria by Iodine.)** *Brit. Med. Journal. 10. November 1900.*

Die befallenen Partien werden mtt Jodtinctur gepinselt und ausserdem werden Jodtincturinhalationen verordnet.

ADOLPH BRONNER.

91) **Marx. Ueber Intubation in der Privatpraxis.** *Münch. med. Wochenschr. No. 46. 1900.*

M. hält auch in der Privatpraxis die Intubation für möglich, doch sollte sie nur von Aerzten vorgenommen werden, die im Stande sind, eventuell selbst sofort die Tracheotomie auszuführen. Wer intubirt, soll stets das Tracheotomiebesteck mit sich führen.

SCHECH.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

92) **Laurence B. W. Braine. Fremdkörper im Larynx. (Foreign body in the larynx).** *Maritime Medical News (Halifax). Januar 1901.*

Ein 14monatliches Kind wurde des Nachts von Larynxstridor mit deutlicher Cyanose befallen. Nach 15 Minuten war der Anfall vorüber, um nicht wiederzukehren. Seitdem litt es an Husten, Bronchialrasseln und Dyspnoe während 5 Wochen. Unter einem Anfall von Erbrechen wurde ein Stück Kohle von $^3/_8$ Zoll Länge und $^1/_4$ Zoll Breite zu Tage befördert und seitdem waren alle Symptome verschwunden.

EMIL MAYER.

93) **Gottlieb Kiaer. Fremdkörper (Zahn) im Larynx eines 51jährigen Mannes. (Foreign body (tooth) in larynx of a man fifty one years old.)** *Laryngoscope. Mai 1901.*

Patient wurde im Hospital wegen Larynx- und Lungentuberculose behandelt. Die Section ergab grosse tuberculöse Ulcerationen im Larynx, die fast die ganze rechte Seite des Larynx einnahmen. Gleiche Ulcerationen, nur viel kleiner, wurden auf der linken Seite und auf der Epiglottis gefunden. In dem erweiterten Ventriculus Morgagni fand sich ein Zahn, der mit der Krone nach vorne und mit der Wurzel nach hinten sass. Bei geschlossenem Larynx war der Zahn zum Theil mit Granulationen bedeckt, aber in der Medianlinie konnte ein dunkler Flecken, entsprechend dem Sitz des Zahnes, deutlich wahrgenommen werden.

EMIL MAYER.

94) **W. A. Tolley. Fremdkörper in den Luftwegen. (Foreign body in the air-passages.)** *Philadelphia Medical Journal. 5. Januar 1901.*

Ein junger Mensch von 18 Jahren inspirirte einen Grashalm mitsammt Aehre, den er im Munde hatte. Er fiel um und wurde anfänglich für todt gehalten, erholte sich aber wieder nach wenigen Minuten. Er bekam dann eine schwere Bronchitis und spuckte Blut. Da er glaubte, die Aehre verschluckt zu haben, konnte er sich die Lungenaffection nicht erklären, welche dann auch von einigen Aerzten, die ihn untersuchten, für tuberculös angesehen wurde. Er war auch andauernd leidend, bis er eines Tages bei einem starken Hustenanfall etwas aushustete, das er anfänglich für ein Stück Lunge hielt, nachher aber als die Aehre erkannte, die er vor $2^1/_2$ Jahren inspirirt hatte. Nun begann plötzlich die Besserung und heute, nach 18 Jahren, ist er, abgesehen von einer bestehenden Bronchorhoe, ein völlig gesunder Mann.

EMIL MAYER.

95) **E. F. Syrett. Fremdkörper in den Bronchien. (Foreign bodies in the bronchi.)** *N. Y. Medical News. 19. Januar 1901.*

Die beiden Fälle sind bemerkenswerth wegen ihrer absoluten Symptomlosigkeit und completer Heilung. Im ersten Fall handelte es sich um einen 13jährigen Knaben, der seit 3 Wochen kränkelte, hustete, Temperaturen bis 38,5 hatte, Schmerzen in der rechten Brustseite, geröthete Wangen, veränderten Percussionsschall und fehlendes Athmungsgeräusch über den ganzen Lungen, dabei feuchtes Rasseln über der Spitze, sowie rechts vorne und hinten reichliche blutig-schleimige Expectorationen. Nach 2wöchentlicher Bettruhe war die Temperatur normal und Patient wurde bei Fortdauer der übrigen Symptome ambulant behandelt. Nach 2 Monaten expectorirte er in einem heftigen Hustenanfall einen kleinen runden Kern, etwa wie ein Kirschenkern, und genass nun bald. Er erinnerte sich, denselben seinerzeit inspirirt zu haben.

Im zweiten Fall inspirirte eine 33jährige Frau in der Lachgasnarkose einen Weisheitszahn, der dem Zahnarzt bei der Extraction entschlüpft war. Sie spuckte Blut und hatte Symptome heftiger Bronchitis über beiden Lungen. Nach 2 Wochen expectorirte sie den Fremdkörper und genass.

LEFFERTS.

96) **Hecker** (München). **Ueber einen Fall von Fremdkörper im linken Bronchus.** *Münch. med. Wochenschr. No. 33. 1900.*

Ein 21 mm langes Stück Bleistift war in den linken Bronchus aspirirt worden von einem Kind, das an gangranöser und interstitieller linsseitiger Pneumonie zu Grunde ging; auch fand sich eine ältere fibröse Pleuritis mit Schwartenbildung in den vorderen und frische fibrinöse Pleuritis in allen Theilen der linken Lunge.

SCHECH.

97) **G. Masini. Fremdkörper in Trachea und linkem Bronchus. Tracheotomie. Radioskopie. (Corps estraneo nella trachea e nel bronco sinistro. Tracheotomia. Radioscopia.)** *Gazetta degli ospedali e delle Cliniche. 6. Januar 1901.*

Es handelt sich um ein 3jähriges Kind, dem ein Pflaumenkern in die Luftwege gerathen war. Die Respiration war im Allgemeinen unbehindert, nur wenn das Kind erregt wurde und zu weinen anfing, traten schwere Anfälle von Asphyxie auf. Ein derartiger Anfall, ausgelöst durch den Versuch einer laryngoscopischen Untersuchung, war derart, dass sofort die Tracheotomie gemacht werden musste. Danach besserte sich die Athmung etwas. Das hervorstechendste Symptom, das nun ins Auge fiel, war, dass die linke Thoraxhälfte bei der Respiration erheblich zurückblieb. Ferner gelang es, mittelst der Durchleuchtung nachzuweisen, dass der Fremdkörper im Anfangstheil des linken Bronchus sitzen musste; zwei Tage nach Vornahme der Radioscopie wurde derselbe spontan durch die Tracheotomiewunde ausgehustet.

FINDER.

98) **Diehl. Ueber einen seltenen Fall von Fremdkörper in der Luftröhre.** *Münch. med. Wochenschr. No. 13. 1901.*

Die schon zweimal tracheotomirte Kranke hatte eine abgebrochene Trachealcanüle aspirirt: nachdem verschiedene Extractionsversuche gescheitert waren, hustete Patientin den Fremdkörper plötzlich aus, als sie zum dritten Male tracheotomirt werden sollte.

SCHECH.

99) **Spiess. Ein Fremdkörper in der Lunge.** *München. med. Wochenschrift. No. 13. 1901.*

Nach vieljähriger Anwesenheit eines Hemdenknopfes bildete sich eine schwere Entzündung der linken Lunge, welche zur Entfernung des Fremdkörpers aufforderte und dessen Lage mittelst Radiographie constatirt werden konnte. Durch die Tracheotomiewunde wurde das Killian'sche Bronchoscop eingeführt, der Fremdkörper auch gesehen, doch konnte er trotz vielfacher sinnreicher Versuche nicht entfernt werden, weil er von Granulationen dicht umgeben war. Patient starb, der Knopf lag ohne irgend welche Verwachsung in einem kleinen Hohlraum.

SCHECH.

100) **H. Longstreet Taylor. Fremdkörper im Bronchus erfolgreich mit intratrachealen Injectionen behandelt. (Case of a foreign body in the bronchus successfully treated by intra-tracheal injections.)** *St. Paul Medical Journal. Januar 1901.*

Ein 10jähriges Mädchen hatte seit 4 Monaten, wo ihm ein Zahnarzt einen Zahn

gezogen hatte, der ihm wieder entschlüpft war, hartnäckige Hustenanfälle, und übelriechenden Auswurf. Das Kind war zugleich fieberhaft, litt an nächtlichen Schweissen und magerte zum äussersten ab. Röntgenstrahlen- sowie physikalische Untersuchung führte auf die Diagnose Fremdkörper im oberen Bronchus der linken Lunge. Es wurde Menthol- und Guajacolöl in die Trachea injicirt und bald darnach wurde ein Eckzahn von 1 cm Länge und $^1/_2$ cm Dicke ausgehustet.

Das Kind genas darauf.

EMIL MAYER.

101) **J. C. Sexton. Tracheotomie wegen Fremdkörper im Larynx. (Tracheotomy for a foreingn body in the larynx.)** *Indiana Medical Journal. Januar 1901.*

Der Fremdkörper war eine Drahtspirale von $^1/_2$ Zoll Länge, $^5/_{16}$ Zoll Durchmesser. Sie sass tief im Larynx, verursachte keine weiteren Stenosenerscheinungen aber hinderte die Epiglottis am vollkommenen Schluss, so dass jedesmal beim Versuch zu schlucken, Würgen eintrat. Es wurde Tracheotomie gemacht und in Narkose der Fremdkörper in den Pharynx hinaufgestossen. Es folgte völlige Genesung.

EMIL MAYER.

102) **Mac Ilraith. Congenitale Obstruction des Kehlkopfs. (Congenital laryngeal obstruction.)** *Trans. Harveian Soc. of London. 1900. British Medical Journal. 28. April 1900.*

Es handelt sich um ein hereditär syphilitisches Kind. Seit dem Alter von 6 Wochen leidet es andauernd an respiratorischem Stridor. Die Epiglottis ist stark zusammengefaltet und eingebogen, die aryepiglottischen Falten entspringen als dünne Bändchen nahe beim Apex epiglottidis, und verlaufen dicht nebeneinander. Der Tod trat plötzlich anscheinend an Larynxspasmus ein.

Der Larynx weist die eigenthümlichen Deformitäten auf, die schon intra vitam bestrichen wurden. Von Trachealstenose oder Vergrösserung des Thymus war nichts zu sehen.

WAGGETT.

103) **Samuel E. Allen. Ein Fall von persistenter Larynxobstruction bei einem Kinde. (A case of persistent laryngeal obstruction in a child.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. November 1900.*

Ein neunmonatliches Kind wurde wegen ausgesprochener Dyspnoe und beträchtlicher Cyanose intubirt. Nach zwei Tagen wurde die Tube entfernt, aber ihre Wiedereinführung darnach nothwendig. Dies ereignete sich nochmals in gleicher Weise am zweiten und zehnten Tag. Eine Woche darnach wurde die Tracheotomie erforderlich. Es bestand noch lange Zeit hindurch eine complete Occlusion des Larynx, die nur ganz allmählich verschwand, und erst 3 Monate nach der Tracheotomie wurde die Kanüle entfernt. Die Diagnose wurde auf eine einfache katarrhalische Entzündung mit nachfolgendem chronischem subglottischem Oedem gestellt.

EMIL MAYER.

104) **E. Baumgarten** (Budapest). **Chronische Kehlkopfstenose traumatischen Ursprungs.** *Wien. med. Presse. 1900. No. 47.*

Durch Fall aus der Höhe hat sich Patient einen Halswirbelbruch zugezogen, gleichzeitig trat ein Hämatom der Larynxhinterwand mit Perichondritis auf. — An-

statt zu tracheotomiren wurde damals die Laryngotomie gemacht, die die gewöhnlichen üblen Folgen mit dem Endausgang in narbige Stenose des Larynx nach sich zog. — B. machte später die tiefe Tracheotomie, legte die Tamponcanüle ein, machte nach Laryngofissur das Larynxlumen frei und lehrte dem Patienten mit Erfolg, sich selbst die Schrötter'schen Hartgummiröhren einzuführen.

CHIARI.

105) **Nachod** (Prag). **Narbige Larynxstenose nach Intubation in der Privatpraxis.** *Verein Deutscher Aerzte in Prag. Sitzung vom 2. November 1900. Prag. med. Wochenschr. 1900. No. 49.*

N. demonstrirt obigen Fall, in welchem er, um die Stenosenbehandlung auch zu Hause durchführen zu können, die tiefe Tracheotomie machte, so dass Tubus und Trachealcanüle gleichzeitig liegen können und die Umgebung des Kranken jederzeit in der Hand hat, bei Aushusten des Tubus oder sonstigen üblen Zufällen durch die Eröffnung der sonst mit einem Pfropfe verschlossenen Canüle Luft zuzuführen.

CHIARI.

106) **Arthur W. Watson. Ein Fall von Larynxstenose nach Fracturen. Operation. Heilung. (A case of stenosis of the larynx following fractures; operation; recovery.)** *Laryngoscope. Juli 1901.*

Da die Intubation in diesem Falle keine Erleichterung brachte, wurde die Tracheotomie, und schliesslich die Laryngofissur ausgeführt.

EMIL MAYER.

107) **F. L. Wachenheim. Ein Fall von tödtlicher Larynxstenose nach Intubation wegen Papillom. (A case of fatal stenosis of the larynx following intubation for papilloma.)** *N. Y. Medical Record. 23. März 1901.*

Verf. entnimmt daraus folgende Lehren:

1. Intubation darf nicht unterschiedslos bei jeder Larynxstenose angewendet werden. Die Tracheotomie ist noch nicht als obsolet anzusehen.

2. Bei chronischer Larynxstenose der Kinder muss man an das häufige Vorkommen der Papillome denken.

3. Langdauernde Intubation ist immer gefährlich und speciell in Fällen von Obstruction durch Tumoren riskant.

LEFFERTS.

108) **Tschudy** (Zürich). **Ueber Behandlung acuter Trachealstenosen durch Trachealintubation.** *Arch. f. klin. Chirurgie. 64. Bd. 1. Heft. 1901.*

Bei der Operation einer sehr grossen Struma wurde beim Herauswälzen des Tumors plötzlich die Trachea verlegt. Bei der Unmöglichkeit, zur Tracheotomie an die Luftröhre heranzukommen, wurde per os eine weiche Magensonde in die Trachea eingeführt, mit gutem Erfolge.

SEIFERT.

109) **Z. L. Leonard. Ein Fall von specifischer Larynxstenose. (Report of a case of specific laryngeal stenosis.)** *New York Eye and Ear Infirmary Reports. Januar 1901.*

Wegen dringender Dyspnoe wurde Tracheotomie nothwendig. Es wurden sodann täglich Schrötter'sche Tuben angewandt, nach 6 Wochen die Trachealcanüle entfernt und die Wunde geschlossen.

EMIL MAYER.

110) **J. A. Abt. Ein Fall von Larynxstenose. (A case of lanryngeal stenosis.)** *Chicago Med. Recorder. März 1901.*

Intubation war ganz unmöglich, und es musste Tracheotomie ausgeführt werden. Nach 2 Stunden trat der Tod ein. Das Lumen des Larynx war erheblich verringert. Kein Oedem.

Bei der Obduction fand sich auf der Kehlkopfschleimhaut eine glatte, weissglänzende adhärente Membran. Die mikroskopische Untersuchung erwies die Gegenwart von Staphylokokken und Diplokokken.

EMIL MAYER.

111) **Jeoffrey Boyd. Ein Fall von Larynxstenose durch Papillom. (A case of laryngeal stenosis from papillomata.)** *Canada Lancet. Juli 1901.*

Ein $6^1/_2$ jähriges Kind litt an Papillomen des Larynx. Unter Chloroformnarkose wurde der Larynx curettirt (!), wobei Tetanie mit Glottisspasmus eintrat, ohne indess tödtlich zu werden. Zeitweilig wurde Intubation versucht. 2 Monate später führte ein plötzlicher Anfall von Asphyxie den Tod herbei. Bei der Autopsie fanden sich grosse Papillommassen besonders rechterseits in der Gegend des Stimmbandes.

EMIL MAYER.

112) **W. E. Morgan. Stenose der Trachea durch Struma. (Goitre complicated by stenosis of the trachea.)** *Chicago Medical Recorder. Juni 1901.*

Ein 17 jähriger Mann litt seit 4—5 Jahren an Struma. Die Stenose wurde so stark, dass die Tracheotomie nothwendig war.

EMIL MAYER.

113) **A. C. Bardes. 3 Fälle von acutem Larynxödem. (Three cases of acute Oedema of the larynx.)** *New York Eye and Far Infirmary Reports. 1901.*

Es handelte sich in allen 3 Fällen um Frauen. In einem der Fälle entwickelte sich das Oedem langsam, in den andern schnell. Bei allen wurde incidirt und alle genasen.

EMIL MAYER.

114) **H. Alapy. Hauttransplantation bei schwerer Stenose des Larynx und der Trachea. (Skin transplantation for severe stenosis of the larynx and trachea.)** *N. Y. Medical Journal. 26. Januar 1901. N. Y. Medical Record. 9. März 1901.*

Verf. befolgte Gersuny's Rath, bei Kehlkopfstenose Transplantation zu machen. Er spaltete Trachea und Larynx, excidirte die narbigen Partien und bedeckte den Defect mit Haut. Der Patient genas und der functionelle Erfolg war gut.

LEFFERTS.

115) **Keppelin. Aortenaneurysma. (Anevrysme de l'aorte.)** *Société des Sciences médicales de Lyon. 27. Februar 1901.*

Ein Kranker der Garel'schen Abtheilung zeigt plötzlich Aphonie und complete Lähmung des linken Stimmbandes. Die Obduction ergab ein Aortenaneurysma in der Höhe des Arcus, welches linkerseits die Trachea ulcerirt hatte, und mit ihr adhärent war.

PALU RAUGÉ.

f. Schilddrüse.

116) **Nadéjda de Stina** (Lausanne). **Ueber die Thätigkeit der Schilddrüse. (Des fonctions de la thyroide.)** *Dissertation Lausanne bei Jannin. 1900.*

Eine eingehende Beleuchtung der Thatsachen sowie der Theorien in der Schilddrüsenfrage.

Historische Einleitung: Physiologische Experimente aus den Jahren 1840 bis 1884, welche die Wichtigkeit der Schilddrüse durch Exstirpationsversuche darthun; ferner die klinischen Entdeckungen von J. L. Reverdin und Kocher: Myxödem, Thyreoprivie, Kachexia strumipriva.

Controversen von Munk u. A. gegen die Schlussfolgerungen Schiff's; Nervenläsionstheorie u. A.

Hypothetische Erklärungen der Schilddrüsenfunction resp. deren Ausfallssymptome, des Myxödems; die vicariirenden Organe der Schilddrüse, die Nebenschildrüse: die Hypophyse: die toxische Theorie; die Theorie von Albertoni und Tizzoni vom Festhalten des Sauerstoffs im Blute durch die Schilddrüsenproducte.

Die Function der Schilddrüse: das Jodothyrin Baumann; das Thyreoantitoxin Fränkel. Das erstere hebt das Myxödem, das letztere die Convulsionen auf.

Untersuchungen von Cyon: das Jodothyrin erleichtert und unterhält die nervöse Regulirung des Herzmechanismus. Es mässigt gleichzeitig die Erregbarkeit der vasomotorischen Centren und diejenige der Herzbeschleunigung, des Nervus depressor sowie des Nervus pneumogastricus u. s. w.

Cyon unterscheidet eine chemische und eine mechanische Rolle der Schilddrüse; die chemische Thätigkeit ist die Production des Jodothyrins, welches mit dem Jod des Organismus combinirt eine Substanz liefert zur Unterhaltung des normalen Herzdrucks mittelst der Innervation des Herzens und der Gefässe. Die mechanische Thätigkeit wäre so, dass durch eine reflectorische Erweiterung der Schilddrüsengefässe eine Art Sicherheitsventil gegen die Blutüberfüllung des Gehirns in Function stände. Verf. erkennt nur die chemische Rolle der Schilddrüse an mit Angabe mannigfacher in der Arbeit nachzulesender Einwände.

Am Schlusse beschreibt Verf. 4 eigene Experimente mit Total-Exstirpationen zur Untersuchung der Action des Jods auf den Organismus nach der Operation. Zwei Thiere wurden mit Injectionen von grossen Quantitäten Jodtinctur innerhalb 11 Tagen zum Ableben an Jodismus gebracht. Einem dieser Thiere wurde die Art. thyroid. unterbunden. Sieben Monate waren die Schildrüsen eher vergrössert und das Thier vollkommen gesund. Dann wurden die Schilddrüsen ausgerottet und 2—4,0 täglich Aïodin per os gegeben, worauf das Thier am elften Tage verendete.

Das dritte Experiment soll die Nichtigkeit der oben erwähnten mechanischen Theorie Cyons darthun und war zudem ein misslungener Versuch zur Rettung des thyreoidectomirten Thieres durch Aïodin (Jaquet).

Der vierte Hund wurde nach der Thyreoidectomie mit NJ von 2 bis zu 25 g täglich gefüttert und blieb ohne jegliche Jodintoxication ganz gesund. Die

Autopsie ergab 5 Monate später vollkommenes Fehlen der Schilddrüse, sowie allfälliger supplementärer Schilddrüschen. JONQUIÈRE.

117) **E. Reynaud. Colloide und cystische Struma. (Goitre colloide et kystique.)** *Société anatomique. 2. November 1900.*

Verf. legt Präparate vor, die erweisen, dass die colloide Substanz der Strumen nicht immer ein Secretionsproduct darstellt, sondern zuweillen auch degenerirte Epithelzellen. PAUL RAUGÉ.

118) **H. B. Anderson. Plötzlicher Tod bei Struma. (Sudden death in goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 10. November 1900.*

Ein Fall von colloider Struma des mittleren Lappens der Schilddrüse, von 6 Zoll Querdurchmesser. Der Patient litt an schweren Anfällen von Dyspnoe. Während einer galvanischen Sitzung stellt sich plötzlich im Lauf der Unterhaltung ein spastischer erstickender Husten und stridulöse schnappende Athmung ein; das Gesicht verfärbte sich livide und Patient verschied trotz aller Bemühungen, die Athmung künstlich zu unterhalten. LEFFERTS

119) **Rastouil. Dermoidcyste der Thyreo-hyoidgegend. (Kyste dermoide de la région thyreo-hyoidienne.)** *Bull. de la soc. anatomique de Paris. November 1900.*

Bei einer 58 jährigen Frau hat sich seit ca. 1 Jahre in der Halsregion ein nussgrosser Tumor entwickelt, der oben an das Zungenbein und unten an den Schildknorpel stösst, und mit dem Larynx beweglich ist. Bei der Exstirpation mit dem Bistouri stellt sich heraus, dass es sich um eine Dermoidcyste handelt, die sich nach hinten hinter dem Zungenbein fortsetzt. A. CARTAG.

120) **M. A. Starr. Basedow'sche Krankheit. (Exoxphthalmic goitre.)** *N. Y. Medical News. 24. November 1900.*

Verf. empfiehlt Ruhe, sorgfältige Diät, Natrium, Glycerophosphate. Quecksilberinunctionen auf den Hals, Jodapplicationen und Belladonna sind zuweilen wirksam, dabei Eisen und Arsenik als Tonica. Jodinjectionen u. dergl. sind gefährlich, Digitalis und Strophantus wenig wirksam. Wenn Druckerscheinungen durch Struma verursacht werden, muss partielle Exstirpation vorgenommen werden.

LEFFERTS.

121) **Carl W. Rummel. Symptomatologie und Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (Symptomatology and treatment of exopthalmic Goitre.)** *Medical age. 25. November 1900.*

Die Behandlung bestand in Inunctionen, Thyreoidectomie, Ligatur der Arterien und Galvanofaradisation. Ergotin, Strophantus und Spartein oder Pikrotoxin wurde innerlich verabreicht. EMIL MAYER.

122) **A. Carell** (Lyon). **Schilddrüsenkrebs. (Le goître cancereux.)** *Thèse de Lyon 1900.*

Die Arbeit stützt sich auf 83 Beobachtungen in den Hospitälern von Lyon. Der Schilddrüsenkrebs ist gewöhnlich nichts anderes als maligne Degene-

ration einer bereits bestehenden Struma und ist besonders in Kropfgegenden gar nicht so selten.

Diese Degeneration vollzieht sich gewöhnlich zwischen dem 40. und 60. Lebensjahre.

Der Tumor zeigt anatomisch zwei sehr verschiedene Bilder, je nachdem er sich noch intracapsulär oder schon extracapsulär entwickelt. Im ersten Stadium ist er durch die Kapsel begrenzt und lässt sich leicht exstirpiren. Hat er erst einmal diese Hülle durchbrochen, so zieht er auch die Nachbarorgane in Mitleidenschaft und wird inoperabel. Histologisch gehören diese Tumoren zu den Epithelkrebsen. Der Bindegewebskrebs ist viel seltener; der Endothelkrebs endlich kommt nur ganz ausnahmsweise vor. Die Generalisation geht sehr langsam oder findet überhaupt nicht statt.

Die Secretionsstörungen infolge dieser Geschwulstbildung verrathen sich durch dysthyroidische Symptome und bewegen sich zwischen leichten Basedowischen Symptomen und schwerer Kachexie von äusserst acutem Verlauf.

Klinisch unterscheidet man 1. extreme acute, 2. acute, 3. latente Formen.

Der Schilddrüsenkrebs ist von einer besonderen Kachexie begleitet, welche Basedowische Krankheit vortäuschen kann. Man muss sie unterscheiden können von einfacher Struma, acuter und chronischer Thyroiditis, und endlich der weniger bekannten Syphilis und Tuberculose der Schilddrüse,

Die Behandlung muss frühzeitig eingeleitet werden. Während der intrakapsulären Methode vermag die complete oder auch die intrakapsuläre Enucleation dauernde Resultate zu sichern.

Wenn die Erkrankung weiter ausgebreitet ist, muss man seine Zuflucht zur Thyroidectomie nehmen.

Wenn der Tumor jedoch schon die Kapsel durchbrochen hat, muss man sich auf palliative Behandlung beschränken oder mit breiter Thyreoidectomie und Resection der befallenen Organe vorgehen.

PAUL RAUGÉ.

123) **L. Haskovec. Wirkung des Schilddrüsenextractes auf das allgemeine Nervensystem. (Aktion of the thyreoid extract upon the central nervous system.)** *N. Y. Medical Journal. 3. November 1900.*

Verf. hat experimentell festgestellt, dass die Herabsetzung des Blutdruckes nach Injection von Schilddrüsensaft fast lediglich auf Herzwirkung beruht.

LEFFERTS.

g. Oesophagus.

124) **Th. Rosenheim. Beitrag zum Studium der Divertikel und Dilatationen des Oesophagus. (Contributions to the study of diverticula and dilatations of the oesophagus.)** *N. Y. Medical Record. 17. November 1900.*

Diese Zustände sind viel häufiger, als man gemeinhin glaubt, und mit den verbesserten technischen Methoden lässt sich die Diagnose in vielen Fällen viel leichter stellen als früher. Verf. schätzt das Oesophagoskop sehr hoch, wenngleich sein Gebrauch eine gewisse Uebung und Erfahrung voraussetzt, die nur vom Spe-

cialisten verlangt werden kann. Viel leichter ausführbar ist die Diagnose durch Röntgenstrahlen nach Darreichung einer Wismuthmixtur, wo dann ein etwaiges Divertikel infolge seines metallischen Inhalts als starker Schatten hervortritt. Dilatationen, die nicht secundär im Anschluss an Geschwülste auftreten, sind gewöhnlich auf Atonie der Oesophaguswand bei mehr oder weniger ausgesprochenen Spasmen der Cardia zurückzuführen. Die Diagnose ist gewöhnlich leicht und kann durch das Vorhandensein von Regurgitation unverdauter Nahrung, auf die der Magensaft nicht eingewirkt hat, sowie von Dysphagie und durch Anwendung des Oesophagoskops gestellt werden. Bei der Behandlung dieses Zustandes sind systematische Auswaschungen souverän, sowohl gegen die subjectiven Beschwerden, wie gegen die Entzündungserscheinungen, die leicht durch die Gegenwart zersetzter Nahrung in dem Divertikelsack hervorgerufen werden. Es kann dem Patienten erlaubt werden, diese Operation vorsichtig selber auszuführen, wenngleich auch die systematische Dehnung der Cardia nur durch den Arzt versucht werden soll. Die Application von Adstringentien und Antisepticis auf die atonische Schleimhaut ist oft von Vortheil, ebenso systematische Elektrisation mit der Oesophaguselektrode. Allgemeine Hygiene und Ruhe, die durch Sedativa wirksam unterstützt wird, sowie reichliche Ernährung (unter Umständen per rectum) sind wichtig. Fett ist in der Diät besonders werthvoll und wird zweckmässig in Form von zergangener Butter oder Olivenöl kurz vor den Mahlzeiten gereicht.

LEFFERTS.

125) **Canton. Traumatische Perforation des Oesophagus. (Perforation traumatique de l'oesophage.)** *Société anatomique. 28. December 1900.*

Anatomische Präparate von einem jungen Soldaten, der sich sein Seitengewehr in den Oesophagus eingeführt hatte und an Pneumothorax starb.

Die Oesophaguswunde führte in die Pleura und den rechten Unterlappen.

PAUL RAUGÉ.

126) **G. W. King. Fremdkörper im Oesophagus. (Foreign bodies in the Oesophagus.)** *N. Y. Medical Record. 27. October 1900.*

An der Hand eines klinischen Falles von Fremdkörpereinklemmung im Oesophagus werden Diagnose und Behandlung dieser Fälle besprochen. Es handelte sich hier um ein 6jähr. Kind, das ein Pfennigpfeifchen verschluckt hatte. In der Narkose wurde vergeblich die Entfernung mit Finger und Instrumenten vom Munde her versucht und schliesslich die Oesophagotomie als letztes Auskunftsmittel herangezogen, welche auch ganz glatt verlief.

LEFFERTS.

127) **John B. Nash** (Sidney). **Oesophagotomie und Entfernung einer Zahnplatte, welche schon seit 18 Tagen im Oesophagus steckte. (Oesophagotomy. Removal of a tooth plate which lodged in the oesophagus for eighteen days.)** *Australasian Medical Gazette. 20. November 1900.*

Bei der Untersuchung mit der Schlundsunde ergab sich, dass der Fremdkörper 12 Zoll hinter den Lippen steckte. Zweimal versuchte man denselben vergeblich mit dem Röntgenschirm zu erkennen, doch auf einer photographischen Platte trat er deutlich zu Tage. Auf dem Wege der gewöhnlichen Operation wurde

eine goldene Zahnplatte entfernt und dann die Oesophaguswunde durch Naht geschlossen.

A. J. BRADY.

128) **H. Downie** und **R. Kennedy. Zwei ungewöhnliche Fälle von Oesophagusstrictur, in denen Gastrostomie ausgeführt wurde. (Two unusual cases of stricture of the oesophagus in which Gastrostomy was performed.)** *N. Y. Medical Journal. 1. December 1900.*

Im ersten Fall handelte es sich um eine 32jährige Frau; Syphilis war anamnestisch nicht festzustellen, wenn man sie auch per exclusionem trotzdem diagnosticireu musste. Antiluetische Behandlung brachte keinen Fortschritt und man führte denn schliesslich die Frank'sche Gastrostomie aus. Bei ihrer Entlassung vermochte sich die Patientin leicht mit der Schlundsonde zu ernähren. Der Magen hatte sich gut geschlossen und die Umgebung der Wunde zeigte keinerlei Reizerscheinungen. Seit der Entlassung hat Patientin 13 Pfund zugenommen.

Der zweite Fall betraf eine 31jährige Frau, die an carcinomatöser Stenose litt. Es wurde die Gastrostomie nach Witzel ausgeführt mit temporärer Besserung, aber 6 Wochen später starb die Kranke an Lungenabscess. Es fand sich keine feste Strictur, sondern ein Ulcus mit starken Schwellungen der Pharynxwand. Obwohl anamnestisch Drüsentuberculose vorlag und im ausgehusteten Eiter Tuberkelbacillen gefunden worden waren, war das Ulcus dennoch carcinomatös.

LEFFERTS.

129) **V. N. Savvine. Ueber die Chirurgie der Narbenstenosen des Oesophagus. (Concerning the surgery of cicatricial stenosis of the Oesophagus).** *N. Y. Medical Journal. 10. November 1900.*

Syphilitische Stenosen des Oesophagus sind sehr selten. Die Affection kann in diesem Fall gleichzeitig mit ähnlichen Halsaffectionen auftreten, und zwar meistens in Form von Gummata oder Narbenbildung. Zweifellos kann auch ein narbiger Process ohne Gummabildung vorhanden sein. Die übliche Behandlung ist nur erfolgreich bei Gegenwart von Gummata oder gummöser Infiltration, und nicht mehr, wenn schon Narbenbildung eingetreten ist. In diesen Fällen muss der Oesophagus allmälig durch Bougiebehandlung dilatirt werden. Wenn das nicht mehr möglich ist, bleibt nur die Gastrostomie, Ernährung durch die Fistel und Sondirung von unten nach oben.

LEFFERTS.

130) **C. Hödlmoser. Diagnose des latenten Oesophaguscarcinoms. (Diagnosis of latent circinoma of the Oesophagus.)** *N. Y. Medical Journal. 1. December 1900.*

H. berichtet über 2 Fälle. In dem einem bestand kein Symptom, das auf Oesophaguskrebs hinwies, besonders keinerlei Schlingbeschwerden. Die Hauptklage war nur Schmerz nach dem Essen. Auch der zweite Patient hatte nur die Anzeichen eines malignen Tumors im Gastrointestinaltract. Beide Patienten waren kachectisch. Verf. hebt den latenten Verlauf mancher Fälle hervor und macht auf den Werth der Oesophagoskopie bei zweifelhafter Diagnose aufmerksam.

LEFFERTS.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Jörgen Möller. Untersuchungen über die vergleichende Anatomie der Kehlkopfmusculatur der Säugethiere mit besonderer Rücksicht auf den Menschen. (Undersögelser over den komparative anatomi af larynxmuskulaturen hos pathedyrene med sarligt henblik pa mennesket.) Kopenhagen 1901. 176 Ss. VII Tafeln.

Der Verfasser hat die Musculatur des Kehlkopfes bei 40 Menschen und 62 Säugethierarten einer genauen descriptiv-anatomischen Untersuchung unterzogen und die Resultate zusammengestellt.

Der erste Theil des Buches behandelt die einzelnen Muskeln, nämlich den M. crico-thyreoideus, die Abductoren und die Sphinctermusculatur. Für jede Muskelgruppe giebt der Verfasser eine Uebersicht über die einschlägige Literatur und stellt dann zusammen, wie er selbst die betreffenden Muskeln bei jeder einzelnen Säugethierordnung gefunden hat, woran eine genaue Beschreibung der Verhältnisse bei dem Menschen sich reiht, indem er zuerst die gewöhnliche Form des Muskels ausführlich beschreibt und dann die verschiedenen Varietäten und Verbindungen mit anderen Muskeln bespricht; zuletzt giebt er in einer Epikrise eine Auffassung des betreffenden Muskels oder Muskelgruppe, namentlich in phylogenetischer Hinsicht. Den M. crico-thyreoideus betrachtet er als den vorderen Theil eines gemeinsamen Sphincter laryngo-pharyngeus, indem er sich auf die vielfache Verbindung mit dem Constrictor pharyngis und das nicht seltene Vorkommen vorderer Verbindungsbündel stützt. Der M. crico-arytaenoideus, meint er, sei aus ursprünglichen längslaufenden Fasern hervorgegangen und stützt sich hierbei namentlich auf eine bei verschiedenen Thieren vorkommende Verbindung mit den längslaufenden Fasern der Oesophagusmusculatur, sowie auf die senkrechte Stellung des Muskels bei den niederen Säugethieren. Die übrige innere Musculatur des Kehlkopfes (M. arytaenoideus und M. crico-thyreo-arytaenoideus) betrachtet er als einen einzigen einschichtigen Sphincter laryngis. Namentlich weist er darauf hin, dass bei dem Menschen absolut keine Scheidung zwischen einem M. crico-arytaenoideus lat. und einem M. thyreo-arytaenoideus besteht, sondern die ganze seitliche Musculatur einen M. crico-thyreo-arytaenoideus bildet. Einen vorderen Abschluss des Sphincters hat er bei den meisten Wiederkäuern gefunden.

Der zweite Theil des Buches giebt eine Darstellung der Musculatur bei jedem einzelnen der untersuchten Kehlköpfe. Die recht genaue Beschreibung der Verhältnisse bei den verschiedenen Säugethierkehlköpfen bildet ein grosses Material, welches auch für spätere Bearbeitungen verwerthet werden kann.

An dem Buche schliessen sich 7 Tafeln mit Reproductionen nach selbstgezeichneten sorgfältigen Bleistiftskizzen. E. Schmiegelow.

b) Howard Lothrop. Stirnhöhlen und Ethmoidzellen. (Frontal Sinus and Ethmoidal Cells.) Boston. Mars. U. S. A.

Wir heben gleich Eingangs unserer Besprechung hervor, dass wir Lothrop

zu einem derartigen Werke, für das ihm die Anatomen, wie die Laryngologen zu Dank verpflichtet sein müssen, nur beglückwünschen können.

Die Monographie zerfällt in 2 Abschnitte. Der erste davon, für welchen dem Verf. im Jahre 1898 der Warren Triennial Prize zuerkannt worden ist, entwickelt die Anatomie der Stirnhöhle, sowie der Siebbeinzellen und enthält eine sorgfältig bis ins Einzelne gehende, aber doch klare Darstellung dieser Regionen. Hierzu sind zur Illustration eine Reihe ausgezeichneter photograpischer Reproductionen beigegeben.

Verf. hält daran fest, dass der Operateur, welcher bei der Behandlung von Erkrankungen der oberen accessorischen Nebenhöhlen der Nase erfolgreich sein will, eine besonders genaue Kenntniss der Anatomie der in Betracht kommenden Regionen besitzen muss, und hier kann er uns als ein sehr zuverlässiger Führer dienen.

Erfreulicher Weise finden wir eine sehr sorgfältige Beschreibung des zur Nase gehörigen Theiles vom Boden der Stirnhöhle, der so ausserordentlich wichtig ist bei der chirurgischen Behandlung der combinirten Stirn-Siebbeinhöhleneiterung.

Bei der Beschreibung der Zellen, welche oft in der mittleren Muschel gefunden werden, ist die Angabe interessant, dass zwei Drittel von ihnen in den oberen Nasengang münden und dass man also bei einer Eiterung in denselben den Eiter zwischen mittlerer Muschel und Septum hervorkommen sieht, wie das bei Keilbeinhöhlen und hinterer Siebbeinzelleneiterung der Fall ist.

Der Processus uncinatus, die Siebbeinzellen, der Hiatus semilunaris und das Infundibulum mit ihren Beziehungen zum Antrum und dem Nasofrontalcanal sind sorgfältig berücksichtigt; interessanterweise hat Verf. bei 53pCt. (125 Patienten) keinen wirklichen Frontalcanal gefunden, sondern directe Einmündung der Stirnhöhle in die Fossa turbinalis, was uns die Untersuchung der Stirnhöhle von der Nase aus in vivo wesentlich erleichtern muss.

Ref. sieht zu seiner Befriedigung alle seine eignen anatomisch-chirurgischen Beobachtungen (s. Lancet. September 1896) bestätigt.

Theil II behandelt die Aetiologie, Pathologie und Behandlung der Stirnhöhleneiterung mit erforderlicher Berücksichtigung der Erkrankungen der vorderen Siebbeinzellen. Dieser Theil des Werkes ist zwar recht vollständig, vereinigt jedoch kaum alles, was heute über den Gegenstand bekannt ist.

Während die verschiedenen Faktoren erwähnt sind, ist z. B. weder das häufige Vorkommen der Nebenhöhleneiterungen nach Influenza noch die mögliche Ausdehnung einer chronischen Kiefernhöhleneiterung auf die höher gelegenen Nebenhöhlen hervorgehoben. Kieferhöhlenempyem ist etwas sehr gewöhnliches, und wenn es mit chronischer Eiterung der Stirn- und Siebbeinhöhle vergesellschaftet ist, so wird eine gründliche Untersuchung des Kranken im Allgemeinen den Operateur darüber aufklären, dass die Kiefernhöhlenerscheinungen den andern schon viele Monate selbst Jahre vorausgegangen sind. Ref. hat sich davon oft genug selbst überzeugt und auch seine Erfahrungen darüber seinerzeit mitgetheilt.

Es folgt eine Besprechung der pathologischen Veränderungen bei Stirnhöhlenentzündung, die ausgezeichnet ist, wenn auch unsere Erfahrung mit der

des Autors, dass die Polypen in den Nebenhöhlen weit weniger häufig seien, als die Cysten, nicht übereinstimmt, und wenn es auch interessant wäre zu erfahren, wie oft denn Lothrop Osteome „frei oder wandständig, als Höcker oder Spitzen" als Resultat chronischer Höhleneiterung angetroffen hat!

Die Symptome acuter und chronischer Entzündung werden genau geschildert, aber wir sind überzeugt, dass der Leser eine klarere Vorstellung davon bekäme, wenn acute und chronische Entzündung gesondert dargestellt wären. Wir möchten bezweifeln, ob „sehr widerwärtiger" („very offensive") Eiter oft beim chronischen Stirnhöhlenempyem gefunden wird, denn die Erfahrung lehrt, dass darin gewöhnlich ein Hinweis auf gleichzeitige Kieferhöhleneiterung dentalen Ursprungs liegt. —

Die Schwierigkeiten der Diagnose sind wohl gewürdigt und gut dargestellt, aber unseres Erachtens dürfte dieser Abschnitt zweckmässig auf weniger Raum als 6 Seiten beschränkt sein! Eiter im mittleren Meatus deutet im Allgemeinen auf Kiefer-, Siebbein- oder Stirnbeinhöhleneiterung und ihre Combinationen; erstere kann leicht durch die Untersuchung festgestellt werden, und da die beiden letzteren fast immer damit combinirt sind, und die Siebbeinerkrankung nothwendigerweise vor der Stirnhöhlenerkrankung behandelt werden muss, so folgt daraus, dass, wenn die Untersuchung der oberen Höhle unmöglich ist, die Behandlung erweisen wird, ob sie erkrankt ist oder nicht. —

Verf. betont richtigerweise die Nothwendigkeit einer vorsichtigen Prognose bei jeder Behandlung, aber es ist zu bemerken, dass er weder bei der Symptomatologie noch bei der Prognose auf die Folgen zu sprechen kommt, welche das beständige Hinabschlucken von septischem Material aus den Sinus für den Patienten mit sich bringt, wie z. B. Depression, Anorexie, verschiedene Formen hartnäckiger Anämien u. s. w.

Die Behandlung der Eiterungen in der Frontoethmoidalregion ist ausführlich mitgetheilt, und die von autoritativer Seite acceptirten Methoden eingehend gewürdigt. Wir bemerken, dass merkwürdigerweise hier (S. 90) gar nichts von der Nothwendigkeit einer äusseren Operation bei acuter Entzündung der Stirnhöhle für den Fall, dass intranasale und allgemeine Behandlung erfolglos war, erwähnt wird, wenngleich von der Nothwendigkeit einer derartigen Intervention auf S. 101 die Rede ist. Wir billigen, was wider die intranasale Behandlung der Stirnhöhle gesagt wird, doch sind bestimmte vordere Siebbeinzellen der Behandlung auf diesem Wege immerhin zugänglich. Verf. beschreibt seine äussere Operationsmethode mittelst eines Knochenlappens und giebt Details über einen erfolgreich derart behandelten Fall. Nach eigenen Erfahrungen über etwa 22 Fälle hält Ref. die vordere untere Eröffnung der Stirnhöhlenwand. sowie eine nachfolgende gründliche Ausschabung der Sinusschleimhaut und Bildung einer weiten Oeffnung in die Nase durch Zerstörung der vorderen Siebbeinzellen, welche der Boden der Stirnhöhle bilden, für die beste Methode.

Bei einer weiteren Auflage, die wir sicherlich zu erwarten haben, würde es gewiss den Lesern erwünscht sein, wenn die Symptome, Diagnose und Behandlung von acuter und chronischer Entzündung in besonderen Kapiteln mit grösserer Ueberschrift dargestellt würden. Etwas geringere Weitschweifigkeit, bessere De-

taillirung der Nachbehandlung und Angabe des Publikationsdatums der Monographie würden den Werth eines Werkes, das einen hervorragenden Beitrag zur rhinologischen Literatur darstellt, noch weiter erhöhen. Herbert Tilley.

---

c) Berliner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 25. Januar 1900.

Sladowski stellt einen Patienten mit einem oberflächlichen flachrandigen Ulcus der linken Zungenhälfte vor, dessen Grund mit weiss-gelblichem Secret bedeckt ist; auf der hinteren Pharynxwand und an den Gaumenbögen strahlige Narben. Die linke Lungenspitze ist infiltrirt, das Sputum enthält Bacillen. Ein aus dem Grunde des Geschwürs entnommenes Stück zeigt Riesenzellen und kleinzellige Infiltration. Das Ulcus ist vielleicht ein syphilitisches gewesen und tuberculös inficirt worden.

Finder: Wenn sich mikroskopisch nicht Tuberkel nachweisen lassen, so ist der Beweis für die Tuberculose nicht erbracht.

A. Rosenberg: Das Ulcus ist so scharfrandig, dass es den Eindruck eines syphilitischen macht; ist dasselbe durch das Mikroskop als ein tuberculöses erwiesen, so handelt es sich um eine nachträgliche Infection.

Heymann: Das Mikroskop liess auch Tuberkel nachweisen.

Meyer zeigt mehrere Säcke von Affenkehlköpfen; bei einem derselben bestand der rechte Sack aus zwei Abtheilungen, die mit dem Ventrikel in Verbindung stehen. Beim Menschen ist die Laryngocele ventric. selten. M. zeigt das Präparat einer solchen von einem 38 jährigen Mann; der Sack war ausserhalb der Membrana thyreohyoid. sichtbar. An einem zweiten Präparat war der sin. Morgagni sehr weit, ebenso der Appendix und dehnte sich zwischen Zungenbeinhorn und Schildknorpel aus. Das dritte von Brösicke als Ventriculus tertius beschriebene Präparat erkennt er als solchen nicht an; denn ähnlich wie an diesem zeigt sich an einem vierten Präparat eine kreisrunde zwischen Stimm- und Taschenbändern liegende und in eine Höhle führende Oeffnung des Schildknorpelwinkels. Vielleicht handelt es sich um eine primäre tuberculöse Perichondritis, die ausheilte und eine Höhle entstehen liess.

Heymann berichtet über den vor 1 Jahre vorgestellten Fall von Osteom der Nase. Bei der Operation wurde die schon vorher durch die Röntgenuntersuchung sichergestellte Diagnose verificirt. Es besteht aus elfenbeinerner und spongiöser Masse.

Lewy hat einer zweiten Pat. mit Nasenreflexneurose ein Stück der unteren Muschel abgetragen und in demselben zahlreiche Nervenfasern gefunden, die nicht pathologisch verändert waren. Nach der Operation Befinden 3 Monate gut. — Bezüglich der hyalinen Ablagerungen theilt er mit, dass dieselben auch in der Conjunctiva bei Trachom gefunden worden sind.

Sitzung vom 22. Februar 1901.

Scheier taucht, um das Beschlagen der Kehlkopfspiegel zu verhindern, dieselbe in eine $^1/_2$ proc. Lysoformlösung.

Dann zeigt er das Präparat eines Wolfrachens beim Fötus und zwei Knochenpräparate von einseitiger Gaumenspalte.

Lennhof zeigt einen nach Anbohrung der Oberkieferhöhle abgestossenen Sequester.

B. Fränkel: Zur Hyperästhesie der Nasenschleimhaut.

Die Nasenreflexneurosen werden bedingt durch die hyperästhetischen Nerven in den Muscheln, in denen Lewy sie ja auch bei diesen Erkrankungen zahlreich vorfand. Der Nachweis der Hyperästhesie durch die Sonde ist unsicher; F. verwendet zur Prüfung der Sensibilität Salmiaklösungen verschiedener Concentration und constatirt, wie stark dieselbe sein muss, um ein stechendes Gefühl in der Nase hervorzurufen. Die Versuche sind noch nicht abgeschlossen. Cocain aber kann die Hyperästhesie nachweisen; coupirt es den Anfall, so ist ein ursächlicher Zusammenhang constatirt. Entscheidend ist der therapeutische Versuch.

Eine chirurgische Behandlung ist nur erlaubt, wenn die Veränderungen in der Nase an sich eine solche erfordern. Wenn chirurgische Eingriffe vorübergehend vermeintliche Reflexeneurosen beseitigen, so ist dabei zu berücksichtigen, dass es sich zumeist um Neurastheniker handelt. Anwendbar sind Mittel, die die Sensibilität herabsetzen; Cocain darf nur der Arzt benutzen, der Pat. nur, wenn vorübergehend geholfen werden soll; manchmal hilft das Orthoform.

Innerlich verwendet F. neuerdings bei Heuschnupfen und ähnlichen Zuständen öfter mit gutem Erfolge Bromkali; giebt man es vor Beginn der Heufieberperiode, so bringt man die Patienten über die Leidenszeit hinweg; da sie sich aber an das Mittel gewöhnen, so nützt es nur gegen die vorübergehenden Belästigungen.

Das Wichtigste bei der Entstehung der Reflexneurosen ist die gesteigerte Erregung der Nerven.

Sturmann: Suprarenin, das er einige Male verwendete, beseitigt nur die die Schwellung, wirkt aber nicht anästhesirend, ist also nicht ausreichend.

Heymann: Bromkali habe ihm die Hyperästhesie seiner Nasenschleimhaut gebessert; er hat schon eine stechende Empfindung in der Nase, wenn er $2^1/_2$ proc. Ammoniaklösung riecht. Alle Patienten, die an einer Reflexneurose leiden, sind Neurastheniker.

A. Rosenberg hat Nebennierenextract bei mehreren Fällen von Coryza vasomotoria verwendet und häufig fast sofortigen Nachlass resp. Aufhören der lästigen Symptome constatirt. Da dasselbe nur anämisirend, nicht anästhesirend wirkt, so ist diese Thatsache bei der Erklärung der Reflexneurosen immerhin zu berücksichtigen, wenngleich er durchaus anerkennt, dass dieselben auf einer Hyperästhesie der Nasenschleimhaut beruhen.

Scheier zeigt ein Präparat mit einer vorderen und hinteren und ein zweites mit einer oberen und unteren Keilbeinhöhle; in einer dritten fehlt beiderseits der Sinus frontalis, bei einem vierten sind sie dagegen sehr gross und gehen über die Orbita hinaus; bei einem fünften ist in Folge der Ausbuchtung der lateralen Wand der Nasenhöhle der Sin. maxillaris sehr klein.

Brühl erkennt an den ersten Präparaten eine Zweitheilung der Keilbeinhöhle nicht an, vielmehr sei die eine der beiden Höhlen eine sphenoidale Siebbeinzelle.

Alexander zeigt ein Präparat, bei dem das Keilbeinhöhlenseptum sich nach hinten in 2 Lamellen spaltet, so dass das hintere Drittel des Sinus sphenoidalis 3 Höhlen aufzuweisen scheint.

Sitzung vom 8. März 1901.

B. Fränkel demonstrirt einen Patienten mit einer rechten, am harten und weichen Gaumen sitzenden, 2—3 mm hohen Geschwulst, die weisse, punktförmige Einlagerungen auf der unregelmässigen Oberfläche und rothe gebuchtete Ränder zeigt.

Die mikroskopische Untersuchung eines herausgenommenen Stückes erweist Verdickung des Epithels, das sich aber gegen das Bindegewebe scharf absetzt: die Papillen zeigen einen regelmässigen Aufbau.

Hirschmann demonstrirt einen 30jähr., seit der Kindheit heisern Patienten, dessen linkes Stimmband in weitester Abduction unbewegiich steht; der linke Aryknorpel ebenfalls fixirt. Bei der Phonation wird derselbe vom gesunden nach aussen dislocirt. Da es sich um weiteste Abductionsstellung handelt, keine Excavation des Randes vorhanden ist, im Thorax sich nichts Abnormes findet, glaubt H., dass es sich nicht um eine Recurrenslähmung handelt. Da sich ferner für eine Perichondritis in der Anamnese keine Anhaltspunkte finden, Narben am Aryknorpel auch nicht vorhanden sind, stellt er die Diagnose einer Luxation mit Fixation im Arygelenk, die wahrscheinlich rheumatischer Natur ist.

A. Rosenberg hält an der Möglichkeit einer Recurrenslähmung fest: die Stellung des Stimmbandes in weitester Abduction erklärt sich vielleicht aus einer Assymmetrie des Schildknorpels.

Hirschmann meint, dass gegen eine Recurrenslähmung ausser den oben angegebenen Momenten der Umstand spricht, dass das rechte Stimmband das linke nicht erreicht und keine Ueberkreuzung der Aryknorpel besteht.

Lennhof zeigt einen Patienten mit einem Tumor an der Uvula, der eine weisslich gefleckte papilläre Oberfläche zeigt, aber im Gegensatz zu dem Fränkelschen Falle gestielt ist.

Sturmann: Zur Behandlung der Oberkieferhöhleneiterungen.

In der weitaus grössten Zahl derselben finden sich nur einfache katarrhalische Veränderungen der Schleimhaut, in einer Minderzahl Hyperplasien und Neubildungen, selten Ulcerationen und Caries resp. Nekrose. In welcher Weise die Oberkieferhöhle erkrankt ist, können wir von vornherein nicht feststellen. Daher ist in jedem Falle erst eine schonende Behandlung zu versuchen. Erreicht man nach 4—6 Wochen keine Besserung, so meissele man auf.

Die Spülungen durch eine Bohröffnung in der Alveole sollen unter einem gewissen Druck und reichlich gemacht werden; es genügt für dieselben eine physiologische Kochsalzlösung, wenigstens im Anfang; später bringe man nach der Spülung Adstringentien in Lösung oder Pulverform in die Höhle, die aus-

schliessliche Trockenbehandlung bei profusen Eiterungen genügt nicht. Die Behandlung darf nicht eher aufhören, als bis einige Wochen hindurch selbst nach mehrtägigen Intervallen kein Secret mehr herausgespült werden kann. Für die radicale Behandlung ist zu fordern: 1. Eröffnung von der facialen Wand, um die Höhle zu besichtigen und zwar 2. so breit, dass Alles dem Auge zugänglich ist und 3. Beschränkung der Auskratzung auf die wirklich erkrankten Partien, womit man die Ausheilung beschleunigt. 1—2 Wochen Jodoformgazetamponade, dann Obturator, bis Vernarbung eingetreten.

Nach der Operation Reinigung der Höhle, Auskratzung resp. Aetzung der Granulationen. Zweckmässig sind Pinselungen mit Jodtinctur oder 10 pCt. Höllensteinlösung.

Sitzung vom 3. Mai 1901.

B. Fränkel zeigt die Räume der neuen in der Charité gelegenen Räume der Königl. Universitäts-Poliklinik für Hals- und Nasenkranke, in deren Auditorium von nun an die Gesellschaft tagt.

Landgraf beglückwünscht den Vorsitzenden zu diesem glänzenden Institute im Namen der Gesellschaft, P. Heymann im Namen der Docenten der Berliner Universität.

B. Fränkel dankt beiden Rednern in von Herzen kommenden Worten.

Der Feierlichkeit dieser Sitzung giebt auch nach aussen hin die Gesellschaft Ausdruck, indem sie einstimmig folgende Herren zu correspondirenden Mitgliedern wählt: Butlin, Mc. Bride, Gouguenheim, Moure, Chiari, Hajek, Massei, Rauchfuss, Schmiegelow, Lange, Lefferts, Bosworth und Siebenmann.

Grabower hielt seinen angekündigten Vortrag: „Die Förderung der Medicin durch die Laryngologie".

Er berührt zunächst die Beziehungen des Larynxödems zu den Erkrankungen der Nieren und des Herzens, darauf die Larynxtuberculose, erwähnt den diagnostischen Werth des Tuberculin, geht dann zum Abdominaltyphus und zu den Lähmungen der Kehlkopfmuskeln aus peripherer Ursache über und erörtert dann in längerer Auseinandersetzung die bislang bekannten Beziehungen zwischen dem Kehlkopfe und den nervösen Centralorganen.

Bezüglich des Phonationscentrums betont G., dass Reizerscheinungen sich mit Sicherheit von ihm ableiten lassen und bringt Beobachtungen am Menschen bei, welche dies bestätigen. Abgesehen von der multiplen Sklerose, der Hysterie kann er sichergestellte Beziehungen zwischen Kehlkopf- und Gehirnerkrankungen aus dem z. Zt. vorliegenden Beobachtungsmaterial nicht erkennen, hauptsächlich wegen der Mangelhaftigkeit der diesbezüglichen Krankengeschichten, welche entweder den laryngoskopischen oder den Sectionsbefund oder die mikroskopische Untersuchung insbesondere der Medulla oblongata vermissen lassen. Besser steht es um die Kenntniss der Beziehungen zwischen dem Kehlkopfe und den in der Medulla oblongata sich abspielenden Krankheitsprocessen. Hier hat die Kenntniss

des Adductionscentrums von Semon und Horsley sowie die Thatsache, dass das bulbäre Centrum für die Kehlkopfbewegungen im motorischen Vaguskern gelegen und dass der Vagus der alleinige motorische Kehlkopfnerv ist, für die Diagnose der bulbären Erkrankungen manche Förderung gebracht. G. sucht dies im einzelnen nachzuweisen bei den Erweichungsherden in der Medulla oblongata, bei der progressiven Bulbärparalyse, der Pseudobulbärparalyse, der Syringomyelie und Tabes.

Hierauf unterzieht G. die Frage nach der Synergie der Kehlkopfmuskeln und deren Antagonismus, nach der Innervation der Antagonisten, sowie der Frage des Reflextonus des Erweiterers und des speciellen Respirationscentrums für den Kehlkopf einer Erörterung und legt zum Schluss die Nothwendigkeit dar, den Ursachen für das Gesetz der grösseren Vulnerabilität des Erweiterers auf die Spur zu kommen, wobei G. einen Weg vorschlägt, der vielleicht zu dem ersehnten Ziele führen könnte.

B. Fränkel: Pachydermia und Carcinom.

F. hat an zwei Fällen die bisher noch nicht beobachtete Thatsache constatirt, dass aus Pachydermie sich Carcinom entwickeln kann. Der erste anderweitig zu veröffentlichende Fall mit einem Carcinom am Stimmbande ist mit Erfolg radical operirt worden. Bei dem zweiten Falle fand sich am 25. Juli 1900 eine diffuse Pachydermie; Röthung und starke Schwellung beider Stimmbänder, deren Oberfläche etwas unregelmässig war; am Proc. vocal. war das rechte höckerig, im mittleren Drittel zeigte es subglottisch ein Knötchen. Dieses war im September 1900 erheblich gewachsen. Die mikroskopische Untersuchung eines entnommenen Stückes erwies den Tumor als Carcinom, Exstirpation des erkrankten Stimmbandes. An einzelnen der mikroskopischen Präparate sieht man deutliche Bilder der Pachydermie, an anderen ziemlich unregelmässige Wucherungen des Epithels in der Tiefe, so dass man im Zweifel sein könnte, ob es sich um Carcinom handelt, an wieder anderen dringen von Epithelzapfen aus Inseln in die Tiefe, in der man deutliche Perlen sieht.

Die Discussion wird vertagt.

Sitzung vom 7. Juni 1901.

B. Fränkel zeigt das Präparat eines Oesophaguscarcinoms. Dem Pat., von dem dasselbe stammt, hatte Gluck 1/2 Jahr vorher den mitergriffenen Larynx, ein grosses Stück des Pharynx und des Oesophagus herausgenommen; die Ernährung mittelst einer Röhre ging darnach ganz gut von Statten. Dann trat ein Recidiv auf, das auf die Wirbelsäule überging und die Trachea arrodirte. Pat. ging an Entkräftung zu Grunde.

Joseph a. G. zeigt einen neuen Watteträger für Nasenrachen, Rachen und Kehlkopf. Zwischen die gerieften Branchen eines gebogenen gespaltenen Metallstabes wird die Watte gesteckt; über derselben befindet sich eine aus spiralig aufgewundenem Metallband gefertigte Röhre, die als Hülse leicht über die Biegung desselben hinweggleitet und die gebrauchte Watte abstösst.

Demme. Ein Ingenieur hatte eine Nasenscheidewandfractur erlitten, die ihm wegen der sich anschliessenden Aspiration der Nasenflügel vollständige Obstruction verursachte. Er bog sich aus Draht ein Gestell zurecht, des im Wesentlichen dem Feldbausch'schen Nasendilatator glich. D. zeigt dasselbe.

Dann demonstrirt er eine 63jährige Frau, die er wegen Carcinoms des rechten Stimmbandes operirt hat. Tracheotomie — Unterbindung der A. thyreoid. sup., partielle Larynxexstirpation (r. Stimmband, r. Taschenband, r. Platte des Schildknorpels, Schleimhaut der hinteren Larynxwand, r. Aryknorpel). Tamponade durch die Tracheotomiewunde. Heilung. Pat. trägt die Canüle jetzt $^5/_4$ Jahre. Die anfängliche Larynxstenose ist jetzt ziemlich behoben. Bei zugehaltener Canüle spricht die Kranke mit rauher aber lauter Stimme, indem das linke Stimmband gegen einen scharfkantigen Narbenwulst der rechten Seite anschlägt. Kein Recidiv. Die Canüle soll demnächst entfernt werden.

Meyer zeigt eine Variation der Stirnhöhlendurchleuchtung. Er setzt die gewöhnliche Stirnhöhlendurchleuchtungslampe median auf die Stirn querfingerbreit über die Augenbrauen; man sieht dann den Beleuchtungseffect an den Orbitalflächen als rothe Schmetterlingsfigur.

Scheier: Ueber die Verknöcherung des Kehlkopfes bei Eunuchen.

Auf S.'s Veranlassung hat Dr. Taptas, Constantinopel, eine Röntgenaufnahme des Kehlkopfes eines Eunuchen vorgenommen; die Photographie demonstrirt S. Schon die einfache Durchleuchtung ergab bei seitlicher Durchstrahlung vollkommene Durchsichtigkeit des Schild- und Ringknorpels und nur im hinteren Theil einen Schatten. Auf dem Skiagramm sieht man den Schatten des Zungenbeins nicht so dunkel wie gewöhnlich. Der Schildknorpel ist im hinteren Theile ungefähr bis zur Mitte verknöchert, im oberen Theil der Platte reicht die Verknöcherung weiter nach vorne als im unteren. Das Cornu sup. cart. thyr. zeigt keine Spur von Verknöcherung, im Angulus ist kein medianer Knochenkern zu sehen; die Verknöcherung des Ringknorpels geht nicht so weit nach vorne wie die des Schildknorpels. Dieser Verknöcherungstypus entspricht also dem des weiblichen Geschlechtes.

Eine Röntgenuntersuchung eines 22 jährigen Hermaphroditen, der bis dahin zum weiblichen Geschlecht gerechnet wurde, ergab Ossification des hinteren Theils des Schildknorpels sowie des unteren Randes der Platte bis vorne zum Angulus — männlicher Typus. Dieser Befund zu dem an den Genitalien erhobenen hinzugenommen, zwang, das Individuum als ein männliches zu bezeichnen.

R. du Bois Reymond (a. G.) und J. Katzenstein: Ueber die Bewegungen des Kehlkopfes bei künstlicher Athmung.

du Bois Reymond: Ursache der Erregung des Athemcentrums sind die Blutreize und die Vagusreize. Die so erzeugte Erregung theilt sich den verschiedenen motorischen Zellgruppen der dem Athemcentrum untergeordneten Athemmuskelgruppen in genau abgemessener Weise mit. Die Wirkungsweise des Athemcentrums erfolgt also gewissermaassen auf automatischem Wege. Die Annahme dieser automatischen Erregung genügt aber nicht, wenn man Hunde in tiefe Nar-

kose versetzte oder durch Verletzung des verlängerten Markes die Athmung ausschaltete und dann bei künstlicher Athmung rhythmische Bewegungen des Kehlkopfes beobachtete. Um nun zunächst die Blutreize auszuschalten, wurden die Thiere in den Zustand der Apnoe gebracht; dabei traten wie vorher bei Ausführung der künstlichen Athmung Kehlkopfbewegungen ein. Am todten Thiere traten sie bei Compression des Thorax nicht auf. Die Kehlkopfbewegungen wurden also nicht auf mechanischem Wege hervorgerufen, sondern durch eine Reaction des lebenden motorischen Apparates. Diese Reaction war, wie ein Versuch zeigte, nicht durch die durch die Trachea streichende Luft wirksam.

Die Vagusreize wurden durch beiderseits hergestellten vollkommenen Pneumothorax ausgeschaltet. Rhythmische Compressionen des Thorax riefen wiederum Kehlkopfbewegungen hervor; Compressionen des Bauches, durch die der Athemapparat nicht bewegt wurde, aber nicht. Der Brustcompression entsprach eine Schliessbewegung, der Dilatation eine Oeffnungsbewegung.

Es besteht also zwischen den einzelnen Theilen des Athemapparates eine solche Verschiebung, dass die Bewegung des einen als Reiz wirkt für die motorischen Zellgruppen des anderen. Die Bewegung des Kehlkopfes erfolgt also als Reflex auf die Stellungsveränderung des Thorax.

J. Katzenstein: Versetzt man einen Hund in Apnoe, so erzielt man durch elektrische Reizung einer Stelle in der Rautengrube, die zwischen dem hinteren Rande des Calamus scriptor. und einem Gebiete, das nach vorne und aussen in der Ala cinerea liegt, einen Reizungseffect, der einer normalen Inspirationsbewegung entspricht mit Erweiterung der Glottis. Weiter wurde versucht, ob von der Rautengrube aus Exspirationsstellung der Stimmbänder hervorgerufen werden konnte. Constant erhielten R. und K. zwei Reizungsergebnisse, die mit denen Semon's übereinstimmen.

1. Glottisschluss auf Reizung des hinteren Randes des Calamus scriptorius,
2. Glottisöffnung auf Reizung eines Gebietes in der Ala cinerea, welches nach vorne und aussen von dem unter 1. genannten liegt.

Diese Ergebnisse sind geeignet, die gleichmässige Innervation der Schliesser und Oeffner des Kehlkopfes bei der Athmung als völlig erwiesen hinzustellen. Wenn während der ruhigen Athmung die Abductoren in Folge einer permanenten Innervation in dauernder Thätigkeit wären, während die Adductoren in vollkommener Unthätigkeit verharrten (Krause-Semon), müssten nach Ausschaltung der Mm. crico-aryt. post. die Stimmbänder in Gleichgewichtslage verharren. Kuttner und Katzenstein haben gezeigt, dass nach Ausschaltung der Abductoren rhythmische Ad- und Abduction der Stimmbänder, allerdings von geringerem Ausschlage als in der Norm, stattfinden.

Nach Ausschaltung der Postici können die Mm. transversus und crico-aryt. lat. als Abductoren wirken.

Gegen alleinige tonische Innervation der restirenden Erweiterer spricht die Fortsetzung der rhythmischen respiratorischen Ad- und Abductionsbewegungen.

Gegen die Annahme eines periodischen Anschwellens der Innervation der Erweiterer spricht, dass man bei der Freilegung des Kehlkopfes bei jeder Exspiration vor und nach Posticusausschaltung eine deutliche active Contraction des

M. crico-thyreoideus wahrnimmt. Die rhythmische, mit der Adduction der Stimmbänder synchrone Contraction dieses Muskels beweist, dass die exspiratorische Adduction durch seine active Thätigkeit bedingt ist. R. und K. konnten noch hinzufügen, dass die Adductoren nicht nur während des Exspiriums, sondern unter gewissen Umständen sogar während des Inspiriums, z. B. bei Erzeugung von Apnoe, activ thätig sind.

Grabower: Wahrscheinlich handelt es sich um eine gleichzeitige Innervation der Ab- und Adductoren; ihre beiderseitigen Centren sind nicht exact von einander zu trennen, sie stehen mit einander und beide mit den Kernen in der Medulla oblong. in Zusammenhang.

Die Kehlkopfathmung ist keine selbstständige, sondern eine Theilerscheinung; welchen Antheil sie im Rahmen der Gesammtathmung hat, ist leicht zu eruiren.

Klemperer betont ebenfalls die Synergie der Ad- und Abduction; die Reizungsresultate sind an vielen Stellen inconstant; von Werth sind immer nur die ersten paar Reizungen. Die künstliche Athmung ist der natürlichen nicht gleichzustellen, sondern nur der willkürlich forcirten.

Kuttner: Die Glottisstellung ist immer das Resultat des Ausgleichs der Kräfte der Ad- und Abduction. Wenn nach Ausschluss der Postici die Glottis sich nicht schliesst, so muss dies bewirkt werden durch Nachlass der Adductoren, oder es muss noch eine abductorische Kraft vorhanden sein. Die Adductoren können unter Umständen der Abduction dienen.

du Bois: In Bezug auf die Begriffe des Antagonismus und Synergismus sei grosse Vorsicht am Platze.

Sitzung vom 28. Juni 1901.

Scheier zeigt 1. ein Präparat, an dem beiderseits nur eine ganz dünne Knochenwand einen Recessus der Oberkieferhöhle von einem solchen der Keilbeinhöhle trennt, so dass eventuell ein Empyem des Sinus maxillaris sich leicht auf den Sinus sphenoidalis fortsetzen könnte;

2. eine Anomalie der Stirnhöhle; auf der einen Seite findet sich neben einer normalen Stirnhöhle mit einer eingeschobenen oberen Siebbeinzelle durch ein Septum von der eigentlichen Höhle getrennt eine zweite mit besonderem Ausführungsgang.

Treitel demonstrirt das Präparat eines ausgedehnten Oesophaguscarcinoms, das durch die Hinterwand der Trachea hindurchgewachsen war und das Lumen derselben fast ausfüllte, aber nicht ulcerirt war. Es hatte bei dem Patienten, dem dies Präparat entstammt, eine Medianstellung des linken Stimmbandes verursacht, während das rechte im Anfange der Beobachtung sich nicht genügend weit nach aussen bewegte. Die Röntgenuntersuchung fiel negativ aus.

Alexander zeigt eine Patientin mit einer so colossalen Hyperplasie des hinteren Endes einer unteren Nasenmuschel, dass es den ganzen Nasenrachenraum ausfüllte. Ausserdem bestand in Folge eines die Trachea nach rechts verdrängenden Aortenaneurysmas linksseitige Recurrens- und rechtsseitige Posticuslähmung. A. demonstrirt ein sehr charakteristisches Skiagramm dieses Falles.

Finder stellt eine 50jähr. Patientin mit einem umschriebenen, flach über

die Umgebung sich erhebenden, ca. 6 cm im Durchmesser haltenden knolligen, grau- bis blauschwarzen, theilweise dunkelrothen Tumor der hinteren Rachenwand vor. Neben demselben fanden sich noch einige kleine schwarze Knollen vor. Die mikroskopische Untersuchung eines entnommenen Stücks zeigte ein netzförmiges Balkenwerk, das hyalin degenerirt ist und auf und zwischen sich Rundzellen birgt; in den Maschen finden sich wohl erhaltene und in verschiedenen Stadien der Decomposition begriffene rothe Blutkörperchen. Ferner sieht man grosse Gefässe mit hyalin entarteter Wandung.

Ein zweiter melanotischer Theil des Tumors zeigt eine grosse Menge grösserer und kleinerer Pigmentzellen, die fast überall das hier vorhandene Spindelzellengewebe verdecken. Dazwischen sieht man mit Pigment beladene Wanderzellen, die auch durch das die Geschwulst bekleidende, stark verdickte Pflasterepithel hindurchtreten. Es handelt sich also um ein Melanosarcom.

Scheier: Ueber die Architektur des ossificirten Kehlkopfes.

Ebenso wie in der Verknöcherung des Kehlkopfes im Allgemeinen eine bestimmte Regelmässigkeit obwaltet, lässt sich auch in dem feineren Bau der Spongiosa des verknöcherten Kehlkopfes eine gewisse Regelmässigkeit und Gesetzmässigkeit erkennen. Die gut macerirten und getrockneten ossificirten Knorpel des Larynx wurden von Sch. mittelst Elfenbeinsäge in Frontalblätter zerlegt und von diesen Röntgenaufnahmen gemacht.

Bei horizontaler Zerlegung des Schildknorpels sieht man 2 Bälkchensysteme, die rechtwinklig zu einander stehen und von denen die einen von hinten aussen nach vorne und innen verlaufen, während die anderen von hinten innen nach aussen und vorne gehen. Die einen entspringen normal senkrecht von der äusseren Oberfläche und gehen tangential in die innere Oberfläche; die entgegengesetzten Linien stehen auf den so erhaltenen senkrecht.

Im Angulus cartil. thyr. verlaufen die Trabekeln meist direct gerade von aussen nach innen. Es handelt sich beim Schildknorpel um eine vollkommene Anpassung an die Biegungsbeanspruchung, worin eine gewisse Zweckmässigkeit liegt (Kehlkopffractur).

Alsdann spricht Sch. noch über die Architektur des Ringknorpels und Zungenbeins.

B. Fränkel kann nicht recht an eine bestimmte statische Anordnung glauben, da ja der Kehlkopf doch erst relativ spät verknöchert

A. Rosenberg.

---

d) Belgische oto-laryngologische Gesellschaft in Brüssel.

Sitzung vom 24. Juni 1900.

Vorsitzender: M. L. Rousseaux.

Anwesend sind 34 Mitglieder; 14 liessen sich entschuldigen.

Der Vorsitzende eröffnet die Sitzung, indem er in beredten Worten des im Verlaufe des vergangenen Jahres dahingeschiedenen Gründers der Gesellschaft, Ch. Delstanche, gedenkt.

Der Sekretär macht seinen Jahresbericht und der Schatzmeister giebt Rechenschaft über die finanzielle Lage der Gesellschaft.

Es werden nun einige Modificationen der Statuten zum Theil beantragt, zum Theil vorgenommen; sodann neue Mitglieder aufgenommen, und als correspondirende Mitglieder Gaspar (Madrid), Olivier (Paris) und Suarez de Mendoza (Paris) ernannt.

Zum Präsidenten für das nächste Jahr wurde Geraert (Gent), zum Vicepräsidenten Goris (Brüssel) erwählt.

Als Themata für die Tagesfragen der nächstjährigen Versammlung werden aufgestellt.

1. Pathologie der Tub. Eustachii (Berichterstatter Labarre).
2. Retropharyngealabscesse (Berichterstatter Laurent).
3. Sinusiten (Berichterstatter Schiffers).

Krankenvorstellung:

Goris stellt zwei Fälle von complicirten Sinuseiterungen vor: einer — ein 50jähriger Mann — mit einer fünffachen Sinuseiterung, operirt in einer Sitzung mittelst Gesichtsmedianschnitt und Resection der aufsteigenden Kieferfortsätze. Heilung ohne eine Spur zu hinterlassen. Die rechte Seite ist vollständig geheilt, die linke eitert noch ein wenig. Die Operation wurde im October 1899 vorgenommen.

Der andere — eine 36jährige Frau — mit doppelter Stirnhöhleneiterung, Caries der Nasenbeine und des Gewölbes der linken Orbita und rechtsseitiger Ethmoïditis ebenfalls in einer Sitzung operirt verbunden mit Rhinoplastik vermittelst eines grossen Stirnlappens. Heilung ohne Zwischenfall. — An der Discussion nahmen Buys, Beco und Delie Theil.

Darauf stellt G. einen Fall vor von Rhinoplastik mit partieller Wiederherstellung der Wange wegen Ulcus rodens und schliesslich noch einen Fall von Parese der Stimmbänder: kalter Abscess mit leichtem Druck auf die Recurrentes bei Caries des Sternums und der Clavicula; Heilung nach partieller Resection letzterer.

Bayer stellt 3 Fälle vor: der eine betrifft einen Lateinschüler mit intensivem Kopfschmerz, bei welchem Meningitis diagnosticirt worden war, herrührend von Nasenaffectionen (Hypertrophie der Muscheln), chronischem Nasenkatarrh und adenoiden Vegetationen: Heilung nach Beseitigung genannter Affectionen.

Der zweite — ein 17jähriger Mensch — litt an epileptiformen Anfällen und kurzen vorübergehenden Bewusstseinsausfällen, ebenfalls von Nasenaffectionen bedingt und geheilt durch deren Behandlung.

Der dritte Fall, bei welchem anderwärts die Radicaloperation in Aussicht genommen, aber wegen des miserablen Allgemeinzustandes nicht ausgeführt wurde, betrifft eine 59jährige Patientin mit profuser Eiterung der rechten Nasenseite anscheinend durch eine bösartige Neubildung bedingt. B. machte in der Bromäthylnarcose die Curettage, wobei sich herausstellte, dass man es mit einer Rhinitis caseosa zu thun hatte. Nach sorgfältiger Entfernung einer Menge stinkender käsiger Massen trat vollständige Heilung in etlichen Tagen ein.

Hicguet lässt seinen 65jährigen Patienten mit Lepra vorstellen, über welchen schon anderweitig in dieser Zeitschrift berichtet wurde,

Moury stellt Patienten mit Kieferprothesen vor:

1. Eine unmittelbare Prothese des aufsteigenden linken Astes und einer Partie des horizontalen Theils des Unterkiefers nach Entfernung derselben wegen einer bösartigen Geschwulst;

2. eine secundäre Prothese am rechten Unterkiefer nach partieller Resection desselben wegen Osteoperiostitis;

3. eine secundäre Prothese mit Autoplastik nach Resection eines cariösen Unterkiefers.

4. eine secundäre Prothese nach Resection des cariösen rechten Oberkiefers.

M. macht auf den Vortheil der unmittelbaren Prothese nach Resectionen der Kiefer bes. des Unterkiefers für Mastication und Deglutition aufmerksam, indem sie die Kranken befähige, sofort ohne Schwierigkeit flüssige Nahrung zu sich zu nehmen, und die Oesophagussonde entbehrlich mache, die sonst bis zum Einsetzen des Apparates angewandt werden müsse.

Vorzeigen anatomischer Präparate:

Buys zeigt 2 Präparate von Highmorshöhlen mit bedeutend hinter der Norm zurückgebliebener Capacität vor; die eine stammt von einem 65jährigen Mann her und ist wahrscheinlich erworben; die zweite gleichfalls von einem alten Mann herstammend, ist wahrscheinlich congenital; sodann demonstrirt er ein Gaumensegelfibrom von einem 4 monatlichen Kinde; dasselbe sass eingebettet im weichen Gaumen mehr gegen seine hintere Seite zu und füllte den ganzen Nasenrachenraum aus.

Laurent zeigt Abgüsse von Stirnhöhlen vor, welche er in Gemeinschaft mit de Pauw aus einer Metallegirung von Bismuth (8), Blei (4), Zinn (2), Cadmium (2), Quecksilber (3) angefertigt hatte.

Bei der Discussion führt Beco einen seltenen Fall von accessorischer Stirnnebenhöhle an, welche mit der Nase in Communication stand und zufällig bei der Operation einer Stirnhöhleneiterung als mit ergriffen entdeckt wurde, wodurch das Misslingen des operativen Eingriffs verhindert werden konnte.

Vorzeigen von Instrumenten:

Goris zeigt einen Nasenscheidewandbrecher zur Graderichtung von Deviationen vor.

In der Nachmittagssitzung kommen die Tagesfragen zur Besprechung.

Broeckaert macht seinen Bericht über die Serotherapie der Diphtheritis.

Das Resultat der fleissigen Arbeit fasst B. in Folgendem zusammen:

1. In der Zeit vor der Serotherapie war die Mortalität an Diphtheritis in Belgien im Durchschnitt 37 p. m., jetzt ist sie auf 19 pM. herabgesunken.

2. Die Sterblichkeit an Croup, die früher 67 pCt. betrug, ist nur mehr noch 23 p. c. und während früher dieselbe bei Croup mit Tracheotomie 73 pCt. betrug, so ist sie heutzutage auf 42 pCt. zurückgegangen.

3. Die Sterblichkeit ist viel geringer bei frühzeitigen Seruminjectionen und die Ausbreitung der Pseudomembranen auf den Larynx ist bei diesen Fällen sehr selten.

4. Das Serum hat kaum einen Einfluss auf die diphtheritischen Paralysen, es sei denn, dass die Injectionen gleich in den ersten Tagen der Krankheit vorgenommen waren.

5. Die Zufälle, welche dem antidiphtheritischen Serum zuzuschreiben sind, sind nicht lebensgefährlich.

6. Der Werth der Präventivinjectionen mit dem Serum scheint reell zu sein, leider ist die Immunität nur von sehr kurzer Dauer.

Gevaert theilt darauf seine Spitalstatistik Diptheritiskranker von vor und seit der Zeit der Serumbehandlung mit und

Capart (Mitreferent) beschränkt sich auf die Wiedergabe der Erfahrungen und Statistiken von Dr. Charon und Delcourt-Derscheid aus den Kinderkliniken der Brüsseler Hospitäler und von Dr. Funk nach dessen Veröffentlichungen in dem „Manuel de Serotherapie“ (1895).

Delie referirt über den Lupus der Nase:

Der Nasenlupus ist eine Tuberculose, welche ja nach der Natur, dem Sitz und dem Verlauf der Erscheinungen sich in zwei deutlich geschiedene Gruppen theilt: den Lupus erythematosus und den L. vulgaris. D. bespricht zuerst die Histologie des Lupus erythem. und dann die des L. vulgaris; darauf deren mikroskopische Beschaffenheit, um dann näher auf die Behandlung einzugehen. Diese besteht in einer: 1. allgemeinen, 2. localen Behandlung. Jedes an einem „Tuberculid“ leidende Individuum muss als „activ-tuberculös“ angesehen und demgemäss innerlich behandelt werden. Was die Localbehandlung anbelangt, so theilt D. die Mittel ein in 1. Adjuvantien (Fette, Oele, Salben, schwarze Seife etc.) und 2. solche, welche die Microben und ihre Producte direct angreifen; dahin gehören: 1. mechanishe Zerstörung (Raclage), Scarificationen, Galvanocaustik; 2. chemische Zerstörungen.

Nach kurzer Beschreibung der älteren Metaoden geht er näher auf die Technik, Action und Wirksamkeit der neuen Methoden ein, als da sind: die Phototherapie von Finsen, die Electrotherapie, die Behandlung mit heissen Dämpfen nach Holländer, die hypodermatischen Injectionen mit dem Koch'schen Tuberculin, dem Tuberculin von Denys aus Löwen; die Injectionen mit Thiosinamin, Cantharidin und Tuberculocidin, und endlich die mit Calomel (Asselberg).

Zum Schluss bespricht er die chirurgische Behandlung!

D. kommt zu folgenden Schlüssen: bei der Behandlung des Hautlupus geben die Raclage und Scarificationen verbunden mit Milchsäurecauterisationen das beste Resultat. Bei oberflächlichem Lupus ist die Finsen'sche Methode ausgezeichnet. Bei Lupus der Schleimhäute ist die Holländer'sche Methode die beste, bei welcher die gesunden Partien absolut geschont werden.

Was das Denys'sche Tuberculin anbelangt, so glaube er, dass es den Organismus gegen die Tuberkelinvasion resistenzfähiger mache. Im Allgemeinen dürfe man bei der Lupusbehandlung nie mit einer heftigen eingreifenden Therapie beginnen. — Bei der Discussion betheiligen sich Goris, Buys, Beco und Broec-

kaert; letzterer räth entschieden von der Anwendung des Denys'schen Tuberculins ab nach den von ihm, sowie seinen Collegen Maere und Beernaert an einer grossen Anzahl von Lupusfällen an der Policlinique vom Calvarienberg in Gent gemachten Erfahrungen.

Cheval hält einen Vortrag mit Projectionen über Accumulatoren, speciell ein von ihm und Prof. Lindemann construirtes neues Modell, bei welchem das stützende Bleigerüst durch eine inoxydable und inalterable Materie von leichtem spec. Gewicht ersetzt ist; dessgleichen dienen als Ersatz der perforirten Bleiplatten als Stromsammler eine Reihe von Kohlenröhren, die ebenfalls inalterabel und viel weniger schwer als Blei sind. Die active Masse besteht aus crystallisirtem Blei, dessen Molecüle hinlänglich beweglich seien, um sich nach den Gesetzen der Bleicrystallisation zu rangiren, wodurch die ganze Masse eine derartige Porosität bekomme, dass alle Molecüle in der Lage seien, mit dem electrolytischen Strom in Berührung zu kommen. Die Anordnung des ganzen Elementes sei derart, dass neben einer Vermehrung der Totalcapacität pro Kilogramm eine bedeutendere Haltbarkeit und Dauerfestigkeit desselben erzielt werde.

Buys theilt die Resultate einer anatomischen Studie mit, welche er über den Nasenrachenraum Neugeborener angestellt hatte. Seine Untersuchungen betreffen 20 Neugeborene und vergleichshalber hatte er ausserdem noch mehrere Schnitte an Köpfen älterer Kinder und Erwachsener angelegt, von denen er einige mit Projectionen demonstrirt.

B. macht auf die geradlinige, ja beinahe horizontale Direction der Nasenrachenwand der Neugeborenen aufmerksam und zeigt, wie sie die Nasenrachentonsille trägt. Zum Schluss demonstrirt er einen Schnitt und Figuren, die entwickelte Vegetationen repräsentiren. —An der Discussion betheiligen sich Cheval, Janquet, Hennebert und Roussaux.

Broeckaert macht eine Mittheilung über die Behandlung diffuser Kehlkopfpapillome bei Kindern. B. spricht der endolaryngealen Operationsmethode das Wort und hält die Laryngotomie und mit Recht nur dann erlaubt, wenn jene nicht ausführbar ist. Zum Belege führt er Fälle von 7-, 8jährigen und nachträglich von einem 4jährigen Kinde an, bei welchen er mit vollständigem Erfolg die endolaryngeale Methode ausgeübt hatte.

Noquet (Lille) theilt einen Fall von Mandelstein mit und Jousset (Lille) den eines Fibromyxoms der Nasenhöhle mit myxomatöser Degeneration der Nasenschleimhaut. Die Radicaloperation, die zu spät vorgenommen werden konnte, konnte den Exitus letalis nicht hintanhalten. Bayer.

---

e) Verhandlungen des Dänischen oto-laryngologischen Vereins.

Sitzung vom 20. October 1900.

1. E. Schmiegelow stellte einen Pat. vor, der an Diaphragmabildung in den Choanen litt. Der Pat. war ein 18 jähriger Mann aus Jütland, der sich am 28. September 1900 in der Universitätsklinik zu Copenhagen einfand, um gegen Verstopfung der Nase Hilfe zu suchen, die sich vor 3 Jahren entwickelt

hatte. Er hatte mehrere eiternde Drüsenabscesse in den beiderseitigen Reg. submaxillares. Dieselben haben sich gleichzeitig mit seiner Nasenkrankheit entwickelt. In beiden Nasenhälften viel purulentes Secret, die Schleimhaut hie und da infiltrirt und ulcerirend. An der Innenseite der Oberlippe speckartige Ulcerationen. Die Schleimhaut des Schlundes theilweise mit weisslichen breiten Narben besetzt, die sich in den Nasenrachenraum hinauf fortsetzen. Bei der Rhinoscop. post. und Digitalexploration findet man die Choanen mit einer Membran verschlossen; in der r. Choane ist die Membran von einer $1/2$ cm runden Oeffnung durchbrochen, während die linke Choane von einer kaum erbsengrossen Oeffnung durchbrochen ist. Trotz energischer Behandlung mit Jodkalium und Bijodatum Hydrargyrum haben sich die Ulcerationen der Schleimhäute nicht gebessert, weshalb Schmiegelow das Leiden als eine Schleimhauttuberculose oder Lupus ansieht. Die Behandlung bestand in galvanocaustischem Durchbrennen und Sprengen der Membranen und Synechien mittelst des Zeigefingers, der hinter dem Gaumen eingeführt wurde. Das Resultat war gut.

Schmiegelow erwähnt im Anschluss an diesen Patienten 2 Fälle von congenitalen, choanalen Synechien bei einem jungen Mädchen von 17 Jahren und einem 36 jähr. Mann, die er früher beobachtet hat. In dem ersten Fall handelte es sich um eine retronasale, membranöse Synechie der Choane, in dem zweiten Falle um eine doppelseitige ossöse Synechie in den Choanen.

2. E. Schmiegelow demonstrirte einen Fall von Perichondritis cartilaginis thyreoideae räthselhafter Natur bei einer sonst vollständig gesunden 47 jährigen Frau. Die Krankheit hat spontan mit Heiserkeit im Frühjahr angefangen. 2 Monate nachher hat sich eine schmerzlose Geschwulst in der Regio thyreoidea ausgebildet. Laryngoskopisch sieht man die rechte Seite des Larynx unbeweglich und eine mit rother Schleimhaut bedeckte nicht ulcerirende Tumormasse, die aus dem rechten Sinus Morgagni hervorkommt und ungefähr bis zur Mittellinie reicht. Die Glandula thyreoidea ist zu einem fast hühnereigrossen, halbfluctuirenden Tumor umgebildet. Dieser Tumor wurde am 4. Mai 1900 incidirt, dabei Eiter entleert und die Abscesshöhle mit scharfem Löffel behandelt. In dem Ausgeschabten lassen sich keine Microben, keine Tumormassen finden. Endolaryngeal werden die Neubildungen operativ entfernt. Die mikroskopische Untersuchung (Prof. Dahl) zeigt benignes Papillom.

Sie hat im Ganzen 97 Einreibungen und zugleich Jodkalium bekommen und zeigt keine Zeichen von Tuberculose in den Lungen.

Nach energischer operativer Behandlung ist die Larynxneubildung beinahe verschwunden und die Stimme wieder klangvoll geworden.

Schmiegelow glaubt, dass es sich möglicherweise um eine Tuberculose der Cartilag. thyreoidea handelt.

3. Gottlieb Kjär demonstrirte einen 6 jährigen Knaben mit gummösem Tumor im Larynx (Syphilis hereditaria tarda). Der Vater hatte Syphilis, die Mutter wurde inficirt 4 Monate vor der Gravidität. Er fing an im März 1900 stridulös zu athmen und zu husten. Im April wurde er im Kinderspitale aufgenommen. Laryngoskopisch sieht man in der l. Reg. glossoepiglottica eine mandelgrosse Infiltration, die sich nach hinten in den linken Sinus pyriformis fortsetzt

und den Aditus laryngis stark zusammendrückt. Nach Behandlung mit Jodkalium und Inunctionscuren sind alle Spuren der Infiltration verschwunden, und die Laryngoskopie ergiebt jetzt normale Verhältnisse.

4. Gottlieb Kjär: Lupus nasi et gingivae bei einem 17 jährigen Mädchen. Demonstration.

5. Gottlieb Kjär: Tumor tuberculosus septi cartilaginosi nasi. Exstirpations-Recidiv nach einem Jahre.

6. Nörregaard zeigte einen gut wallnussgrossen Tumor (Fibrom), den er mit galvanocaustischer Schlinge aus der l. Hälfte des Nasenrachenraumes bei einem 15 jährigen Knaben entfernt hatte.

7. A. C. Grönbech: Ein Fall doppelseitiger Abductorparalyse bei einem 43 jährigen Maurer; krank seit ca. $1^3/_4$ Jahr. Symptome: Heiserkeit und Respirationsbeschwerden, namentlich bei jeder Anstrengung. — 20. Sept. Stimme heiser, Inspiration stridulös, Exspiration frei. Larynxschleimhaut diffus roth, bedeutende Geschwulst der falschen Stimmbänder. Rima glottidis ca. 1 mm breit. Bei tiefer Inspiration vielleicht ein minimaler Ausschlag, bei Phonation gingen sie nicht ganz zusammen. Keine Anhaltspunkte irgend einer Art für die Aetiologie seiner Krankheit. Schmiegelow glaubt, dass die Fixation der Stimmbänder eher der Ausdruck einer Anchylose als einer Abductorparese ist, und dass es sich um eine syphilitische Affection handelt.

9. Sitzung vom 24. November 1900.

1. E. Schmiegelow theilte einige Beobachtungen über Complicationen bei der phlegmonösen Angina mit. 1. In dem ersten Falle handelte sich um eine tödtlich verlaufende Phlegmone pharyngis bei einem 36 jährigen Manne. Krank seit 5 Tagen, sehr leidend. Doppelseitige Angina, Temperatur 40°. Am selben Abend (2. Juli 1899) wurde der rechte hinterste Gaumenbogen incidirt und Massen von stinkendem Eiter entleert. 12. Juli wiederholter Schüttelfrost, delirirend, Temperatur 40,5°. Abends wurde der linke Gaumenbogen incidirt und grosse Mengen von Eiter entleert. 13. Juli Temperatur 41,1°, cyanotisch, unklar, Haut kühl, starb um 2 Uhr Nachmittags, Section nicht erlaubt. 2. Starke spontane Blutungen bei einem peritonsillären Abscess. Der Pat., ein 30 jähriger Mann, litt an einer acuten phlegmonösen Angina des hinteren Gaumenbogens; ohne Erfolg incidirt am 20. Mai. Am nächsten Tage entleerte sich der Abscess spontan. In der Nacht zwischen 22. und 23. Mai starke spontane Blutungen, die plötzlich nach einer schnellen Bewegung mit dem Kopf aufgetreten waren. Eis, kalte Umschläge, Ruhe und Morphin wurde angewendet, und die Blutung hörte dann nach einigen Stunden auf.

Schmiegelow glaubt, dass es sich um eine Arrosion eines der Zweige der Art. tonsillaris oder pharyngea gehandelt habe.

2. Von A. Vincent wurde ein Fall von Cancer laryngis bei einem 53 jähr. Manne vorgestellt, um die Meinung der anwesenden Collegen über die Natur und Behandlung der Neubildung zu hören. Es handelte sich um eine spontan entwickelte das rechte Stimmband infiltrirende Neubildung. Schmiegelow meinte,

dass es sich um einen Cancer handelte. Er würde ein Stück endolaryngeal excidiren, und, falls die Diagnose mikroskopisch bestätigt würde, mittelst Thyreotomie radical operiren.

3. Buhl zeigte einen Tumor fibrosus von der linken Tonsille, der bei einem 36 jährigen Manne entfernt war.

10. Sitzung vom 23. Januar 1901.

E. Schmiegelow: Fall von fibrinöser Rhinitis diphtheritischer Natur.

Ein 12jähriges Mädchen, das sonst geund war, litt bei gutem Allgemeinbefinden seit den letzten Monaten an chronischem Schnupfen und Verstopfung der rechten Nasenhälfte. Dieselbe war mit dicken weissen Membranen gefüllt. Die linke Nasenhälfte vollständig normal, ebenso der Nasenrachenraum und der Rachen. Die bakteriologische Untersuchung ergab Diphtheriebacillen. Subcutane Seruminjection. Heilung nach 5 Tagen.

Der zweite Fall betraf einen 5jährigen Knaben. Derselbe befand sich vollständig wohl, im hintersten Theile der rechten Nasenhöhle constatirte man eine fibrinöse Rhinitis, die sich bakteriologisch als Diphtherie erwies.

Der dritte Fall betraf einen 5jährigen Knaben, der an Verstopfung der Nase litt, nachdem er vor 14 Tagen aus der Scarlatina-Abtheilung des Epidemie-Spitals entlassen war. Die Nase war massenhaft mit weissen Pseudomembranen gefüllt, dass allgemeine Befinden gut. Die bakteriologische Untersuchung ergab keine Diphtheriebacillen. Heilung nach 3 Wochen mittels Ausspülungen und Lapiseinblasungen.

V. Klein zeigte einen Fall von Lues maligna palati et processus alveolaris. Der weiche und harte Gaumen war an mehreren Stellen perforirt und der Processus alveolaris stark nekrotisirt, so dass sich ein Sequester des vordersten mittleren Theiles der Maxilla superior von $1^1/_2$ cm Grösse loslöste.

Jörgen Möller theilt einen Fall von Posticus-Paralyse mit. Der Patient wurde am 22. Mai im Spital aufgenommen und hatte seit etwa 2 Monaten erschwerte Expectoration nebst bedeutender Heiserkeit und Schlingbeschwerden. Laryngoskopisch wurde eine ausgesprochene Medianstellung des rechten Stimmbandes nebst leichtem Katarrh festgestellt. Tod am 9. Juni. Die Section zeigte, dass der rechte Nervus recurrens in einem grossen Sarkoma eingebettet war. Mikroskopisch ausgesprochene Degeneratien sowohl der Adductorrn wie des Musc. crico-arytaenoideus posticus, und zwar in gleichem Grade. Beide Mm. crico-thyreoidei, sowie auch beide Articulationes arytaenoideae waren völlig gesund. Zeichnungen und mikroskopische Präparate wurden vorgelegt.

Schmiegelow bestreitet die Berechtigung des Redners, die beschriebene Intonationsstellung des rechten Stimmbandes als eine Folge einer totalen rechtsseitigen Recurrensparese aufzufassen, denn dann hätte man bei der mikroskopischen Untersuchung eine complete unilaterale Degeneration der Adductorenmuskulatur finden müssen, und dies war nicht der Fall, da ja auch wohlconservirte Muskelbündel vorhanden waren. Es handelt sich also um einen nicht

abgeschlossenen, sondern vorwärtsschreitenden Degenerationsprocess, und so lange noch wirksame Muskelbündel in Adductoren vorhanden sind, stehen die Stimmbänder fortwährend in der Intonationsstellung und gehen erst bei der totalen Degeneration in Positio cadaverosa über. Dies hätte man vielleicht auch sehen können, falls der Patient länger gelebt hätte. Schmiegelow sieht darum in diesem Falle nur eine weitere Bestätigung des Semon'schen Gesetzes.

11. Sitzung vom 27. Februar 1901.

1. E. Schmiegelow demonstrirte einen Larynx, den er durch Resection bei einem 54jährigen Manne entfernt hatte. Der Patient litt an einem Epitheliom an der hintersten Wand des Kehlkopfes. Die Krankheit hatte ein halbes Jahr gedauert. Das Schlucken war schmerzfrei, die Stimme heiser, in der letzten Zeit keuchende Inspiration bei forcirtem Athemzuge. Keine geschwollene Mandeln. Laryngoskopie: Blumenkohlartige Geschwulst, die den hintersten Theil des Introitus laryngis einnimmt und sich in den Sinus piriformis hinab erstreckt, den sie theilweise ausfüllt. Mikroskopische Diagnose: Epitheliom. Schmiegelow machte dann tiefe Tracheotomie (Hahn's Tamponcanüle), danach Pharyngotomia subhyoidea, und als es sich, wie vermuthet, ergab, dass die Geschwulst sich nicht in den Oesophagus hinein erstreckte, wurde Resection des ganzen Kehlkopfes gemacht. Das oberste Ende der Trachea wurde nach vorne gelegt und an die Haut festgenäht, ebenso wurden die Hautläppchen an die Schleimhaut der Hinterwand des Pharynx festgenäht.

S. hatte beabsichtigt, später eine vorderste Rachenwand auf die von K. Poulsen angegebene Weise zu bilden, leider starb der Patient 2 Tage nach der Operation an Suffocation, indem sich durch einen üblen Zufall bei der Pflege ein Wattetampon in der inneren Canüle festsetzte.

2. Gottlieb Kiär: Tuberculosis laryngis bei einem 3jährigen Kinde (Präparat). Starke tuberculöse Infiltration des Aditus laryngis, der sich als eine 3 mm breite Spalte zeigte. Die ganze Larynxschleimhaut diffus infiltrirt, so dass die normale anatomische Configuration verschwommen ist. Ueberall kleine, miliäre Ulcerationen.

3. Gottlieb Kiär: Corpus alienum laryngis bei einem 51jährigen Manne, der an Tuberculosis pulmonum et laryngis sarb. Bei der Section wurde ausser der Tuberculosis laryngis ein Zahn in dem rechten Sinus Morgagni liegend gefunden. Der Zahn war fast völlig von Granulationen bedeckt. Bei der vorgenommenen Laryngoskopie sah man nichts vom Zahne.

4. Gottlieb Kiär: Ein abnormer Verlauf der Art. palatina ascendens; pulsirendes Gefäss an der rechten Seite der Hinterwand des Pharynx in einer Ausdehnung von 2 cm bei einer älteren Frau (Demonstration des Falles).

5. Ausserdem Mittheilungen otologischer Natur. Schmiegelow.

f) Gesellschaft Ungarischer Ohren- und Kehlkopfärzte.

I. Sitzung vom 26. October 1900.

Vorsitzender: v. Navratil.
Stellvertreter: Polyák.

1. v. Navratil: Fremdkörper im Kehlkopfe.

7 jähriges Mädchen aspirirte vor zwei Wochen ein Stückchen Nussschale; erschwertes, geräuschvolles Athmen. Unter dem linken Stimmbande in der Trachea ist ein von Schleim bedeckter Fremdkörper zu erkennen; die endolaryngeale Entfernung desselben verursacht während dieser, da der Fremdkörper von seiner Stelle entrückt wurde, krampfartigen Husten, heftige Athembeschwerden so dass plötzlich die Tracheotomie gemacht werden musste. Am 4. Tag schleuderte Pat. durch die Tracheotomie-Wunde den Fremdkörper mittelst eines Hustenstosses hinaus. Gegenwärtig athmet Pat. bei Zustopfung der Canüle.

2. v. Navratil: Verwachsung des Rachens mit dem Kehlkopfe.

29 Jahre alt, Landmann. Gegenwärtiges Leiden datirt seit 11 Jahren und begann mit einer Wunde in der Nase; vor 9 Jahren fing der Rachen an zu schmerzen. In dem rechten vorderen Winkel der Nasenöffnung eine kleine Synechie. Der weiche Gaumen an die hintere Rachenwand flach angewachsen, in der Mitte eine ovale, mit abgerundeten Rändern versehene Oeffnung; durch diese communicirt der Mund mit der Nasenhöhle. Von der Zungenwurzel ausgehend zieht sich eine Membran zur Rachenwand; in der Mitte der Membran eine bohnengrosse Oeffnung, durch welche der Kranke athmet und sich ernährt. Diese Oeffnung war bei der Aufnahme des Kranken so eng, dass theils, da hierdurch die Athmung wesentlich behindert war, theilweise mit Rücksicht auf die Weiterbehandlung die Tracheotomia inferior gemacht werden musste. Die Behandlung besteht gegenwärtig in der Erweiterung jener Oeffnung, welche nach Ablösung der membranösen Verwachsung mittelst O'Dwyer'scher Tuben erfolgt.

3. v. Navratil: Amnestische Aphasie in Folge eines Geschosses im Gehirn.

29 Jahre alter Arbeiter. Am 18. Juli l. J. beging er einen Selbstmordversuch. 4 Tage langer bewusstloser Zustand. 1 cm hinter dem äusseren Rande der linken Orbita ein rundlicher, 7 mm im Durchmesser betragender, 2 mm breiter, mit von bräunlichen Krusten bedeckten Rändern versehener Defect. Ein ähnlicher Defect besteht oberhalb der Wurzel des Jochbeins in der Höhe der oberen Spitze der Ohrmuschel. N. facialis und die rechte untere und obere Extremität paretisch. Nach 3 Wochen kehrte das Bewusstsein langsam zurück, man konnte aber jetzt eine eigenthümliche Sprachstörung beobachten, und zwar versteht Pat. die an ihn gerichteten Worte, erkennt die Gegenstände, spricht aber trotzdem nur gebrochen, weil die Benennungen der einzelnen Gegenstände seinem Gedächtnisse entfielen. Wenn das von ihm gesuchte Wort ausgesprochen wird, so kann er es nachsagen. Er bleibt während des Lesens oft stecken, da er den gesehenen Buchstaben nicht

erkennt. Beim Schreiben macht er keine Fehler, ebenso kann er auch zeichnen.

Wir nehmen an, dass die vordere Kugel den im vorderen Abschnitte der mittleren Schädelhöhle befindlichen jenen Theil des Schläfenlappens schädigte, welcher in der Nachbarschaft der Reyl'schen Insel liegt, den Wernicke als Sprachcentrum erkannte und nach dessen Verletzung die amnestische Aphasie aufzutreten pflegt.

4. Zwillinger: Ueber Tuberculose der adenoiden Vegetationen im Anschlusse an einen Fall.

Demonstrirt ein Präparat von latenter Tuberculose der Rachenmandel. Die Lymphfollikel sind vergrössert, die Vergrösserung geschieht auf Kosten der die Mitte derselben bildenden, einen grösseren bläschenartigen Kern enthaltenden Zellen, welche häufig Kerntheilungsformen enthalten. In der Nähe einer Drüse ist eine grössere Gruppe von Riesenzellen im Infiltrate sichtbar. Dieser pathologische Befund berechtigt uns zu der Annahme, dass dieses Gewebe, welches aus dem Nasenrachenraum eines $3^1/_2$ jährigen, ein classisches Bild des sog. adenoiden Habitus darbietenden Knaben stammt, tuberculös entartet ist.

Vortragender ist der Meinung, dass die Indication der operativee Entfernung der adenoiden Vegetationen in Folge des Zusammenhanges der Vegetationen mit der Tuberculose eine häufigere sein muss und es muss darnach gestrebt werden, die Ausführung dieser Operation auf eine noch höhere Stufe der Vollkommenheit zu bringen.

Baumgarten fand bis jetzt in 5—6 pCt. der Fälle Tuberculose, Bacillen konnte er aber nur in 3 pCt. nachweisen. Die Bacillen liegen häufig nur oberflächlich, nicht in dem Gewebe. Nur die Fälle sind als tuberculös zu acceptiren, wo Bacillen nachweisbar sind und das Thierexperiment positiv ist.

Krepuska ist auch der Meinung, dass ohne Bacillen, nur auf den Befund von Riesenzellen gestützt, die Diagnose auf Tuberculose nicht gestellt werden darf.

5. Polyák: Primäres Adenocarcinom der Nase.

Die Pat., von welcher das anatomische Präparat stammt, stand $1^1/_2$ Jahre lang unter Observation. Die primäre Geschwulst ging aus dem oberen Nasengange hervor und erwies sich bei der ersten Untersuchung als rein papilläres Adenom, doch fand bald eine Aenderung des mikroskopischen Charakters statt und zweifellose Zeichen der krebsigen Metaplasie traten in den Vordergrund. Später wucherte die Geschwulst auch in die andere Nase und selbst in die Orbita durch, erzeugte Exophthalmus mit vollständiger Blindheit. Im weiteren Verlaufe traten Metastasen in den Halsdrüsen auf. Bei der Section liessen sich Metastasen in den Halsdrüsen, in der Lunge, in den Rippen, in der Leber und in der Milz finden.

Die Hauptgeschwulst selbst wird auf dem conservirten Schädelpräparat demonstrirt, welches durch frontale Schnitte in 5 Theile zerlegt worden ist. Die Geschwulst occupirt vollständig die Stelle des Siebbeins, dessen knöcherne Theile gänzlich resorbirt wurden, nach oben ist eine starke Vorwölbung gegen die

Schädelhöhle sichtbar, welche hinter der Crista galli durch einen 7 mm breiten, durch Erweichung entstandenen Canal mit der Nasenhöhle communicirt. Die Geschwulst füllt beide Keilbeinhöhlen aus, wucherte in die linke Orbita hinein und dislocirt stark das Auge.

6. Polyák: Anatomisches Präparat der Nasenhöhle eines 7 Monate alten Foetus.

Besondere Erwähnung finden die Verhältnisse der noch zumeist kaum entwickelten Nebenhöhlen zu der bereits gut entwickelten Nasenhöhle. Nur die Kieferhöhlen sind gut entwickelt, doch lässt sich auch hier noch keine Ausführungsöffnung nachweisen. v. Navratil.

III. Briefkasten.

Nochmals die Laryngologie auf den Congressen.

Die Erfahrungen auf der diesjährigen Naturforscherversammlung in Hamburg, wo die Laryngologie und Otologie eine unglückliche Zwangsehe eingehen mussten, bestimmen mich, zumal da B. Fränkel mit Rücksicht auf die drohenden Verhältnisse in Madrid in der vorigen Nummer d. Bl. diese Frage wieder berührt, ihr ebenfalls mit einigen Worten näher zu treten.

Dass die Vertreter unserer Specialdisciplin in Spanien ebenso wie überall die beste Absicht und den dringenden Wunsch haben, ihr eine selbstständige Vertretung auf dem Congress zu garantiren, ist gewiss; die Schwierigkeiten, auf die sie stiessen und die sie leider nicht immer überwinden konnten, liegen in der festen Absicht des Organisationscomités, die zahlreichen Gruppen möglichst zu vereinigen und einer Zersplitterung in „kleinere Disciplinen“ vorzubeugen. Vielleicht gesellt sich, soweit die hier interessirende Frage in Betracht kommt, noch als unterstützendes Moment die Thatsache hinzu, dass zweifellos die überwiegende Mehrzahl der jüngeren Specialcollegen in beiden Fächern, in der Laryngologie und in der Otologie, sich practisch bethätigen. Dies zweite Moment ist aber, wie die Beschlüsse aller laryngologischen bezw. otologischen Gesellschaften gezeigt haben, durchaus hinfällig.

Was das erstere betrifft, so könnte man ja von einem toleranten Standpunkte aus diese Anschauung an sich verstehen; aber der Kundige kann sich doch nicht verhehlen, dass sie nur erwachsen konnte auf einem mit Erfahrungen und Thatsachenkenntniss nicht genügend gedüngten Boden! Ja! wenn auch nur irgend ein Vortheil daraus resultirte! Aber im Gegentheil! es wird die Entwickelung gehemmt und die Zwangsehe ist, wenn auch nicht gerade zur Sterilität, so doch zu mangelhafter Fruchtbarkeit verurtheilt.

Das Material, das auf den Congressen von uns zusammengebracht worden ist und werden wird, war selbst nach kritischer Durchsiebung immer noch ein so reiches und wird es bleiben, dass unsere Zeit stark genug in Anspruch genommen war; und wir brauchen sie auch zur möglichst allseitigen und gründlichen Erledigung der jedesmal besonders interessirenden Fragen auch durch die Discussion; denn diese ist doch nicht gerade selten für den Zuhörer, der sich belehren lassen will, der wichtigere Theil der Verhandlungen.

Wie lagen nun in dieser Beziehung die Dinge in Hamburg?

Unser Einführender, Herr Thost, versicherte, dass er trotz eifrigsten Bemühens im Organisationscomité eine Trennung beider Sectionen nicht habe durchsetzen können, und wir glauben ihm gern, dass er unser Interesse mit der nöthigen Schneidigkeit vertreten. Was war aber die Folge dieser Vereinigung?

An den ersten beiden von vier Verhandlungstagen kamen mit einer einzigen Ausnahme nur Otologen zu Worte; der Vormittag des dritten Tages gehörte ihnen auch zur Hälfte, d. h. noch nicht 2 Tage für die Rhino-Laryngologie! So kam es, dass nach möglichst schneller Erledigung der angemeldeten Vorträge rhino-laryngologischen Inhalts am letzten Nachmittag die Frage des Heufiebers, die wohl das allgemeinste Interesse erregt hatte, im Zusammenhang mit anderen Reflexneurosen zur Verhandlung kam; aber aus Mangel an Zeit musste, nachdem die auf der Tagesordnung stehenden Vorträge gehalten waren, auf eine Discussion verzichtet werden, die, wie ich glaube als sicher annehmen zu können, eine vielseitige und vielleicht recht interessante geworden wäre.

Solche Zwangsmaassregeln, wie sie nunmehr auch für den Congress in Madrid leider geplant sind, stören also die weitere gedeihliche Entwickelung unserer Verhandlungen und die gegenseitige Belehrung; unsere Disciplin hat sich ohne fremde Anweisung gerade in den letzten Jahrzehnten so erweitert und vertieft und hat, auf dem rechten Wege vorwärts schreitend, gezeigt, dass sie den Zusammenhang mit der allgemeinen Medicin nicht verloren hat, vielmehr haben die Laryngologen alle neuen Resultate der Forschungen und Erfahrungen auf anderen Gebieten derselben sich zu eigen gemacht und für den weiteren wissenschaftlichen und practischen Ausbau ihrer Specialdisciplin zu verwenden gesucht.

Wenn nun Fränkel in seinem Artikel den Vorschlag macht, falls das Organisationscomité des nächsten internationalen Congresses uns eine selbstständige Section nicht zuweist, dem Congress fern zu bleiben oder sich in eine andere Section einschreiben zu lassen, so scheint mir dieser Vorschlag gerade bei den hervorragendsten Vertretern nicht bloss der Laryngologie, sondern auch — was ja im Interesse der Sache erfreulich — der Otologie Anklang zu finden resp. beabsichtigt zu sein. Wenigstens erklärte Schwartze (Halle) als erster Redner unserer combinirten Section der Naturforscherversammlung in Hamburg in einem flammenden Proteste*) gegen diese Vereinigung, dsss er in Zukunft keinen Congress mehr besuchen würde und alle Universitätslehrer der Ohrenheilkunde aufforderte, dasselbe zu thun, wenn auf demselben die laryngologische und die otologische Section wieder vereinigt wären.

A. Rosenberg (Berlin).

*) Ich möchte es nicht unterlassen, gegen die Art, wie Herr Schwartze bei dieser Gelegenheit die Laryngologie gewissermaassen als Anhängsel der klinischen Medicin behandelte, sowie gegen den Inhalt seiner diesen Theil betreffenden Ausführungen entschiedensten Einspruch zu erheben. Leider konnte ich es in Hamburg nicht, da eine Discussion nicht gestattet wurde.

Der achtzigste Geburtstag Rudolf Virchow's.

Den innigen Glückwünschen, die in diesen Tagen dem grossen Altmeister der Medicin von allen Seiten dargebracht wurden, schliesst sich die laryngologische Disciplin der ganzen Welt in treuester Verehrung und Dankbarkeit von Herzen an.

Druck von L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XVII. Berlin, December. 1901. No. 12.

I. Jahresbericht

bearbeitet nach dem XVII. Jahrgang des internationalen Centralblattes
(vom 1. Januar bis 1. November 1901)

von

J. Katzenstein, A. Kuttner, E. Meyer.

A. Allgemeines etc.

Die neue Prüfungsordnung für Aerzte für das Deutsche Reich (391) ist für die Laryngologen von besonderem Interesse, da in derselben durch Forderung eines Praktikantenscheines von einer Klinik oder Poliklinik für Hals- und Nasenkranke die Laryngologie als ebenbürtiger Lehrgegenstand anerkannt wird. — Dass die Anerkennung noch nicht überall erreicht ist, beweist der Organisationsplan des XIV. internationalen medicinischen Congresses zu Madrid, in dem die Rhino-Laryngologie und Otologie wieder in einer Section vereinigt werden sollen. B. Fränkel (499) bespricht aufs Neue in Uebereinstimmung mit Semon (501) die Gründe gegen diese Vereinigung. [Vgl. hierzu den „Briefkasten" dieser Nummer. Red.] — Auf Grund seiner Erfahrungen bei der diesjährigen Naturforscherversammlung in Hamburg schliesst sich Rosenberg (599) Fränkel's Ausführungen an. — Sendziak (2 und 233) betont die Nothwendigkeit der Errichtung von Lehrstühlen für Laryngologie, Rhinologie und Otiatrie. —

An Lehrbüchern sind im Laufe des Jahres erschienen: de Havilland Hall und Herbert Tilley (386) die Krankheiten der Nase und des Halses; P. Watson Williams (386) die Krankheiten der oberen Luftwege; E. L. Shurly (429) eine Abhandlung über Nasen- und Halserkrankungen. — Von Jankau's Taschenbuch nebst Specialistenverzeichniss für Ohren-, Nasen-, Rachen- und Halsärzte auf das Jahr 1901 (232) ist der 6. Jahrgang erschienen.

In der Uebersicht über die rhino-laryngologische Litteratur des Jahres 1899 stellt Semon (1) wieder eine erhebliche Zunahme der Arbeiten fest, die den Rückgang des Jahres 1898 mehr als ausgleicht. — Orlando B. Douglas (189) bespricht Vergangenheit und Gegenwart in der Laryngologie, Lewis S. Somers

(189) die Fortschritte derselben, die Fortschritte der Wissenschaft im letzten Jahrhundert erörtert Brown (501) im Jahre 1900 Sendziak (501) und Coolidge (501). — Sporleder (502) und Kayser (502) veröffentlichen Jahresberichte aus Siebenmann's resp. der eigenen Poliklinik, Rosenberg (287) beschreibt die Einrichtungen des Neubaues der Königl. Univ. Klinik und Poliklinik für Hals- und Nasenkranke in Berlin. — Jonathan Wright (435) bringt ein kritisches Resumé über einige neuere rhino-laryngologische Arbeiten.

A. Oppel (57 und 290) bespricht referirend den Athmungsapparat der niederen Wirbelthiere, seine äussere Form bei den Säugethieren, seinen feineren Bau und seine Entwickelung. — R. Fick (57) beschreibt einen Musc. sternalis, der aus einer queren und einer verticalen Platte besteht, welche sich vor dem Ansatz der III. Rippe am Brustbein vereinigen und von den Brustnerven und von dem 2. und 3. Intercostalis innervirt werden. — Thomas H. Crowder (503) theilt 3 Fälle knöcherner Stylohyoid-Verbindung mit.

F. Schenk (58) kommt auf Grund von Experimenten über die Athemreflexe bei Apnoë und Dyspnoë zu dem Resultat, dass bei ersterer das den reflectorischen Athemstillstand in Exspirationsstellung nach Einblasung schädlicher Gase in die Nase vermittelnde Centrum nicht unerregbar, in der Apnoë und Eupnoë relativ erregbarer als in der Dyspnoë ist, und dass der Einfluss der Dyspnoë unabhängig vom Vagus ist. — Die Wirkung gleichzeitiger Reizung beider Vagi auf das Athemcentrum erörtert Birnkoff (57). — Nach Lewandowsky (58) vertieft das Heroin die Einathmung nicht erheblich. Dasselbe verlangsamt die Athmung durch Verlängerung der exspiratorischen Pause und setzt die Reflexerregbarkeit des Athemcentrums und die Erregbarkeit durch Kohlensäure herab, auch Dreser (58) betont die Verlangsamung der Respiration, Vertiefung des einzelnen Athemzuges und Verlängerung der Inspirationsdauer. — Nach Santesson (58) vergrössert das Heroin beim Kaninchen nicht constant die einzelnen Respirationsvolumina und setzt die Lungenventilation herab. Impens (59) hält, auf Grund von Versuchen über die Wirkung des Morphins und einiger seiner Abkömmlinge auf die Athmung, das Heroin für weniger gefährlich beim Gebrauch als die andern. — Nach Winternitz (59) setzt das Heroin die Erregbarkeit des Athemcentrums herab. — Die Mundathmung in ihrer Beziehung zu den Erkrankungen der oberen Luftwege erörtert Mayo Collier (393). — Nach Resection beider Venae jugulares int. sah Ewald (4) den Tod unter vasomotorischen Störungen (keine venöse Stauung aber sehr starkes Hirnoedem) eintreten.

Von Erkrankungen des äusseren Halses beschreibt F. P. Emerson (503) eine eigenartige Phlegmone. — Kallistratow (134), Marchese de Luna (367) und G. G. Ross (367) theilen Fälle von Angina Ludovici mit. — H. Morestin (189) berichtet über 4 Fälle von praelaryngealem von den Lymphdrüsen ausgehendem Abscess. — Lymphadenome des Halses stellt R. C. Myles (503) vor. — J. W. Smith (190) operirte multiple Lymphome am Halse mit Erfolg. — G. Betton Massey (503) will tuberculöse Lymphdrüsen unter minimaler Narbenbildung durch kataphorische Behandlung mit Quecksilberchlorid behandeln. — W. M. L. Coplin (502) bespricht unter Beibringung eines eigenen Falles die Branchialcysten und -Fisteln. — Fälle von Dermoidcyste des Halses veröffentlichen

Pujebet (208) und Rastouil (502). — Gugenheim (503) beschreibt eine vollständige, angeborene Halsfistel bei einem 21 jährigen Mann, dessen 18 jähriger Bruder gleichfalls eine Halsfistel hat.

Die Tumoren verschiedener Regionen bespricht A. H. Levings (547). — T. A. Sutcliffe (190) sah bei einem 12 jährigen Mädchen ein von der tiefen Halsfascie entspringendes, 1 kg schweres Fibrom. — Ziem (4) bespricht Heredität, Trauma, Alcohol, Tabak, Eiterungen in ihrer Stellung zur Aetiologie maligner Tumoren. Er ist der Meinung, dass ein mehr oder weniger activ einwirkendes, infectiöses Moment, auch Syphilis, Erysipel, Malaria, typhoide Erkrankungen, den Anstoss zur Tumorbildung geben können. — Ein branchiogenes Carcinom das Halses sah Lieven (190), ein wahrscheinliches Angiosarcom Herzfeld (43).

Da D. H. Bergey (291) die Erkältung für eine Infectionskrankheit hält, erachtet er, mit Rücksicht auf die mögliche Uebertragung, den Contact der Erkrankten mit anderen Personen insbesondere Kindern für unzulässig. Die infectiöse Natur der Erkältungen betonen J. Zahorsky (394) und Goodale (182), während Bosworth (182) in der Erkältung den Ausdruck einer allgemeinen Störung sieht. — Woolen (182) bezieht die Erkältung auf mangelhafte Blutzusammensetzung, welche wahrscheinlich durch das vasomotorische System von Einfluss ist. — Lorenzo B. Lockard (291) erachtet die Abhärtung für das einzige Schutzmittel, Scheppegrell (291) empfiehlt eine Reihe hygienischer Maasnahmen, misst aber der Instandsetzung und -erhaltung der Nase die grösste prophylaktische Bedeutung bei.

Die Beziehung der oberen Luftwege zu verschiedenen Krankheiten erörtert E. Felix (59), bei Diabetes J. Wright (548), bei Gravidität E. P. Dickermann (545). — Nach Bottermund beeinträchtigen Nasenleiden die Magenthätigkeit durch Störung der Nahrungsaufnahme (besonders bei Säuglingen), durch Verschlucken eitrigen Secrets und durch Geruchs- und Geschmacksstörung. Erkrankungen des Darmtractes wirken durch Stauung auf die oberen Luftwege. — Bei einem Fall von Pemphigus der äusseren Haut beobachtete Mertens (547) Eruptionen an den Schleimhäuten. — Reichhaltig ist die Literatur über die Betheiligung der oberen Luftwege bei den acuten und chronischen Infectionskrankheiten. Neisser und Kahnert (62) beschreiben eine chronische, mit Atrophie der Schleimhaut, Follikelschwellung und reichlicher, zur Eintrocknung neigender Schleimsecretion einhergehende Erkrankung der oberen Luftwege, bei welcher der Diphtheriebacillus fast in Reincultur gefunden wurde, die aber auf Heilserum keine Reaction zeigten. — W. F. Bogess (189) nennt acutes Drüsenfieber eine fieberhafte Infectionskrankheit mit schmerzhafter Lymphdrüsenschwellung, Gelenkschmerzen, Schwellung der Milz und Leber, gastrointestinalen Symptomen und Nausea. — J. Elgart (233) will durch desinficirende Inhalationen die Entwicklung von Masern und Scharlachepidemien verhindern.

G. R. Butler (395) beschreibt das klinische Bild der Influenza, ihre Complicationen in Nasenrachen und Ohr, Malherbe und A. Bayce (395), die Häufigkeit von Blutungen in Trachea, Larynx und Nase Petrucci (61). — Hauteruptionen wie bei Scharlach, Masern und Herpes beobachtete T. E. Herrmann (61),

Epilepsie Gelineau (61). — Einwirkungen auf das Herz sah Schott (292), auf das Nervensystem T. M. Mosher (292). Letztere unterscheidet T. S. Bury (396) in zwei Gruppen, je nachdem sie während des fieberhaften Stadiums oder nach Ablauf der eigentlichen Erkrankung auftreten. — Faure (61) betont die Häufigkeit nasopharyngealer Infection bei Influenza, er empfiehlt dabei Antistreptococcenserum, während Bender und Béclère (61) vor demselben warnen. — Nach Karlslake Tasker (60) sind Hunde empfänglich für die Infection, die Uebertragbarkeit von Thier auf Mensch ist aber geringer als die umgekehrte. — Die Bacteriologie der Influenza bearbeitete A. T. Lartigan (395). — A. Cantani (59) hält den Influenzabacillus für zweifellos specifisch. Derselbe findet sich am besten im Sputum und Nasensecret — bei Gesunden nur nach überstandener Influenza — und producirt ein Gift, das in den Bakterienleibern vorhanden ist. A. Wassermann (292) fand in der Influenzaepidemie 1900 die Bacillen nur im Anfang der Erkrankung; nach 24 Stunden waren sie häufig schon verschwunden; damit in Zusammenhang bringt er die häufig auftretenden schweren Intoxicationssymptome. — Eine Schwitzcur bei Influenza empfiehlt H. C. Wood (292), hydrotherapeutische Maassnahmen in Verbindung mit gewissen Medicamenten E. L. Shurley (396), hygienisches Verhalten neben geeigneter medicamentöser Behandlung A. Jacoby (396) und R. W. Wilcox (397).

Auf dem V. Congress der italienischen Gesellschaft für Laryngologie referirt Martuscelli (124) über die pathologische Anatomie und Bakteriologie der Tuberculose, Massei (124 u. 430) über ihre Prophylaxe und Therapie. — Seine Erfahrungen über die Infection bei Tuberculose veröffentlicht H. Hammer (547). — Kaposi (123) führt in einer Vorlesung über Miliartuberculose der Haut und der angrenzenden Schleimhäute aus, dass die Tubercul. miliar. s. propria cutis mucosae orig. einen besonderen Process darstellt, dessen Prognose local nicht absolut ungünstig, aber abhängig von dem Vorhandensein gleichartiger Affectionen an inneren Organen ist. — S. W. Langmaid (394) erörtert die Wirkung des Staubes auf die oberen Luftwege insbesondere bei Tuberculose. Das Eintrocknen und die Verbreitung durch den Staub untersuchte Lobanoff (394) für den Xerose-Diphtheriebacillus und den Staphylococcus aureus. — J. Lissan (124) sah die Entbindung einer Phthisica in extremis ohne Störung vor sich gehen. — Cozzolino (548) hält Patienten mit nicht zu weit vorgeschrittener Tuberculose der oberen Luftwege für geeignet für Höhensanatorien. — M. H. Fussel (547) betont die Bedeutung der Sputumuntersuchung für die Frühdiagnose der Tuberculose. — Um Sputum von Kindern zu erhalten, führt Morkowitin (123) einen Wattebausch unter Leitung des Zeigefingers in den Larynx. — W. H. Smith (234) beschreibt ungewöhnliche Formen von Tuberkelbacillen, die in alten Glycerinagarculturen, im Sputum und Caverneninhalt beobachtet werden.

Majewski (548) theilt einen mit Lungentuberculose complicirten Fall von Sclerom der oberen Luftwege mit. —

Hicguet (233) beschreibt einen aus Brasilien eingeschleppten Fall von Lepra, der mit Epistaxis anfing.

R. Steiner (546) berichtet über zwei Fälle von Haemophilie bei Negern, die Bluterfamilien entstammen.

Eine Abhandlung über Soor bei Kindern veröffentlicht Boiadjeff (190), über die Verengerungen der oberen Luftwege F. M. Gardner (394). — Die chirurgischen Eingriffe zur Erleichterung der letzteren bespricht Manley (127).

E. Ross (546) veröffentlicht einen Fall von Thymustod bei einem 3 Monate alten Kinde. — Friedjung (546) bespricht das Asthma thymicum, er hält Thymustod für eine grosse Seltenheit und macht für derartige Fälle den Status lymphaticus verantwortlich. —

Einen Fall von Salmiakvergiftung ohne Athembeschwerden und Husten trotz ausgedehnter Verätzungen publicirt Mader (435). —

Die Anwendung der Röntgenstrahlen bei der Diagnose von Erkrankungen des Halses, der Nase und der benachbarten Organe erörtert J. Macintyre (389), casuistische Mittheilungen machen über dieses Thema Glatzel (233) und Kirchgaesser (4). Bei letzterem erwies sich ein intra vitam constatirter, pulsirender, als Aortenaneurysma gedeuteter Mediastinaltumor als feste, flächenhafte Verwachsung der Aorta und des Oesophagus infolge von Carcinoma cardiae. Die Pulsation war durch die erweiterte, mit Flüssigkeit gefüllte Speiseröhre hervorgerufen.

W. A. Wells (63) erörtert die Indicationen zur constitutionellen Behandlung der katarrhalischen Affectionen der oberen Luftwege. — F. L. Stillmann (545) tritt für die Hebung der Widerstandsfähigkeit des Körpers bei der Therapie der Nasen- und Halserkrankungen ein, H. W. Loeb (545) betont die Nothwendigkeit der Allgemeinbehandlung bei acuten, rheumatischen und syphilitischen Nasen- und Halsaffectionen. Abhärtung insbesondere durch Seebäder empfiehlt Szegö (547) bei Dispositionskatarrhen der Kinder. — Auf dem italienischen Congress für Laryngologie erstattet Massei (430) ein Referat über die Prophylaxe und Therapie der oberen Luftwege. —

C. A. Ewald (234) bearbeitet die verschiedenen Methoden der künstlichen Ernährung — per rectum, durch subcutane und intravenöse Injectionen und durch Fistel nach Gastrostomie. — H. Renshaw (234) ernährte einen Fall von Bulbärparalyse 3 Jahre und einen anderen 18 Monate mit der Schlundsonde. —

Zawadzki (191) kommt experimentell zu dem Schlusse, dass Gurgeln nur bei Krankheiten der vorderen Gaumenbögen und der Uvula günstig wirken könne. — Freudenthal (235) untersucht die physiologische Wirkung und den therapeutischen Werth des elektrischen Lichtes bei Tuberculose des Halses und der Lungen, derselbe Autor (234) empfiehlt den Epiglottiskitzel nach Laborde zur Wiederbelebung bei tiefer Asphyxie. — Statt der Sauerstoffinhalationen schlägt Mendel (234) Injectionen von Wasserstoffsuperoxyd in die Trachea vor. — Für die Vibrationsmassage tritt M. Braun (186 u. 436) wiederholt ein. — Linkenheld (125) bearbeitet die Emser Brunnen- und Badecur.

Das Antistreptococcenserum wendete Galloway (345) in einem Falle von Angina Ludovici an, Cheatham (546) empfiehlt dasselbe bei Hals- und Nasenaffectionen bei Scharlach bei Abwesenheit von Diphtheriebacillen, auch gegen Influenza wird es von Faure (61) empfohlen, während Bender und Béclère davor warnen. —

W. H. Bates (125, 343, 437, 438) stellt das Nebennierenextract über alle übrigen Medicamente. Swain (125) sah keine, Douglas (125) gute Resultate von dem Mittel beim Heufieber. — Newconel (125) empfiehlt eine Combination mit Cocain für Nasenoperationen. Chambers (125) beobachtete dabei eine Nachblutung, Emil Mayer (125) sah dieselbe so häufig, dass er das Extract nur mit grösster Vorsicht anwendet, Myles (125) benutzt es in Pulverform. Wadsworth Warren (125) empfiehlt es als Haemostaticum, bei acuter Rhinitis und Heufieber, Holbrook Curtis (125) bei Laryngitis, H. L. Swain (126) und T. W. Murphy (127) schliessen sich diesen Empfehlungen an. — Solis Cohen (343) wendet das Mittel bei Asthma an. — Nach L. S. Somers (344) verhütet das Extract die toxische Wirkung der Localanaesthetica, es behält seine Wirksamkeit trotz Zersetzung, Kochen und Carbolsäurezusatz. — L. Howe (344) empfiehlt die Aufbewahrung in Tablettenform. — Solis Cohen (435) sah gute Erfolge von der Thymusdrüsentherapie.

Unter den übrigen zahllosen empfohlenen Medicamenten ist keines, das besonders erwähnt zu werden verdiente.

Th. R. French (439) empfiehlt die Anwendung der aufrechten Haltung bei Operationen an Nase, Hals und Ohr mit Aethernarkose. — Die Bromäthylnarkose hat sich bei der Operation der adenoiden Vegetationen Sporleder (502) bewährt. Payne Palmer (439) sah schwere Asphyxie in der Chloroformnarkose in Folge eines Stückes Kaugummi im Larynx. — C. Fenger (439) hebt den Kehlkopf bei Operationen durch Anlegen eines medianen Längsschnittes oberhalb des Zungenbeins und Herumführung einer starken Seidennaht unter demselben. —

Instrumente: Galvanokaustischer Universalgriff — Schneider (4): Stirnspiegel — Zarniko (4); Aluminiumrespirator — Klein (235); Nasenseptometer, Adenoidencurette, Nasentrephine, gekrümmtes Tonsillotom, über die Fläche gekrümmte Säge, Tonsillenzange, Thermokauterhandgriff — E. Pynchon (346); Tamponpincette — Kayser (439); Operationsstuhl — Herzfeld (43).

E. Meyer.

B. Nase, Nebenhöhlen, Nasenrachenraum.

Brühl (231 und 346) demonstrirt und beschreibt Präparate durchsichtig gemachter Schädel, an denen die Nasenhöhle und die Nebenhöhlen der Nase mit Wood'schem Metall ausgegossen sind. Polyák (599) zeigt ein anatomisches Präparat der Nasenhöhle eines 7 Monate alten Fötus; von den Nebenhöhlen ist nur die Kieferhöhle gut entwickelt, die übrigen Nebenhöhlen sind kaum, die Nasenhöhle ist völlig ausgebildet. Cryer (226) bespricht die anatomischen Variationen der Nasenhöhle. Grosser (127) beschreibt die Anatomie der Nasenhöhle der Chiropteren.

Martuscelli (65) fand bei seinen Studien über den Bulbus olfactorius, dass Zerstörung der peripheren Neurone Einfluss auf die centralen Zellen hat und dass nach Operation der einen Seite der Bulbus der anderen Seite in Mitleidenschaft gezogen wird. Stein (67) giebt eine Uebersicht über die moderne olfactometrische Technik. Desgleichen berichtet Pini (294) über Olfactometrie. Schermes (65)

giebt eine histologische Beschreibung des peripherischen Geruchsorgans, sowie der Nervenbahnen des Geruchs. Vaschide und v. Melle (65) nehmen an, dass die Geruchsempfindung verursacht ist durch Wellenbewegungen analog denjenigen, die die Lichtempfindung hervorrufen. Zwaardemaker (66) zeigt, dass beim Vanillin mit steigender Concentration eine Riechkraftabnahme eintritt, deren Ursache in der Dichte des Riechstoffes in der Aspirationsluft selbst liegt. Zwaardemaker berichtet ferner (66) über die Compensation von Geruchsempfindungen, die Riechkraft von Lösungen differenter Concentration, sowie zusammen mit Reuter über qualitative Geruchsmessung. Bett (67) berichtet über einen Patienten, welcher nur mit seinem Geruchssinn ihm bekannte Personen erkannte. Toulouse und Vaschide (68) zeigten, dass bei den meisten Personen der Geruch links mehr als rechts entwickelt ist. Bevermann (69) schrieb über die toxische Beeinflussung des Geruchssinnes. Nach Toulouse und Vaschide (69) und de Martines (295) ist die Anosmie ein häufiges Symptom in den vorgerückten Stadien der Paralyse. Jullian (69) bespricht die Störungen des Geruchs und Geschmacks bei Tabes. Red. Mittheilung (68) berichtet über die Eigenschaften des Geruchs und Geschmacks. Nach Reuter (67) geht der Cocainanosmie eine Hyperästhesie des Olfactorius voraus. Jaques (69) berichtet über einen Fall von vollständiger Anosmie, Brokaert (294) über einen solchen von traumatischer Anosmie. Blake (8) berichtet über Nasenathmung. Zwaardemaker (5) theilt eine neue Methode zur Messung der Durchgängigkeit der Luftwege mit. Rhéti (5) fand, dass die Luft bei Inspiration und Exspiration hauptsächlich durch den mittleren Nasengang dringt; bei pathologischen Veränderungen wird der Luftstrom entsprechend abgelenkt, hat aber immer die Tendenz, die normale Richtung beizubehalten. Ubertis (240) berichtet über den Einfluss von Reizungen der Nasenschleimhaut auf Herz und Gefässsystem sowie auf Athmung.

Baber (159) bespricht die Fortschritte der Rhinologie während der letzten 30 Jahre. Stillmann (545) schreibt über allgemeine Widerstandsfähigkeit des Körpers als Factor bei Nasenerkrankungen. Ingals (236) weist auf die Bedeutung der Nasenerkrankung für die Aufnahme bei Lebensversicherungen hin. Seifert (398) bespricht die Affectionen der Nase und ihre Beziehungen zu Allgemeinerkrankungen. de Simoni (199) empfiehlt die Desinfection der Nasenhöhlen mit Essenzen und Essenzölen. Auf das Lehrbuch de Havilland Hall's und Tilley's (386) über die Krankheiten der Nase und des Halses, sowie auf diejenigen von Williams (386) über die Krankheiten der oberen Luftwege, von Shurly (429) über Nasen- und Halserkrankungen sei ausdrücklich hingewiesen.

Lake (47) stellt einen Mann mit ungewöhnlicher Einziehung der Nasenflügel vor. Cramton (506) betont die Bedeutung der operativen Behandlung von Nasenaffectionen. Lippincott (506) verlangt die systematische Reinigung der Nasenhöhle vor Operationen, die die Eröffnung des Augapfels verlangen. Rhéti (293) macht auf die Wichtigkeit der Rhinoskopia ext. aufmerksam. Lublinski (198) empfiehlt bei Kindern anstatt der Nasendouche den Zerstäuber anzuwenden. Neumann (198) bekämpft die forcirten Nasenspülungen. Rose (505) befürwortet die Anwendung der Kohlensäuredouche der Nase bei Influenza; Toal (504) empfiehlt ebenfalls die Kohlensäuredouche und zwar besonders bei hyperästhetischer

Rhinitis. Wertheim (195) würdigt in seiner Abhandlung über Complicationen endonasaler Eingriffe besonders die Gefahren der Tamponade, der Nasenspülungen, der Galvanokaustik. Hill (45), Thomas (46), Treitel (441) berichten über Verbreiterung der Nase. Kohn (400) theilt mit, dass nach intranasaler Anwendung von Cocain epileptiforme Krämpfe auftreten. Richardson (400) heilte einen Fall von Epilepsie durch Operation eines Nasenübels. Ambrosini (198) empfiehlt, Medicamente in Form eines unter starkem Druck stehenden Dampfes in die Nase zu treiben an Stelle des Spray uud der Insufflation pulverförmiger Substanzen. Lermoyez und Mahu (118 und 505) befürworten die Anwendung heisser Luft bei Nasenerkrankungen. Bates (125), Warren (125), Swain (126), Yearsley (170) schreiben über die Anwendung von Suprarenalextract bei Nasenkrankheiten. Roth (192) empfiehlt den Nasenöffner bei behinderter Athmung. Cauveau (192) bespricht die Ursachen erschwerter Athmung bei Kindern. Seiler (506) schreibt über die Bedeutung vorbereitender Behandlung intranasaler Operationen.

Lubet-Barbon (77), Guisez (77, 506), Toff (78), Jaques (78), Brokaert (302) machen Mittheilungen über das Nasenbluten und seine Behandlung. Lancereaux (302) versucht die veraltete Reihe von Epistaxis und Haemoptyse gichtischen, herpetisehen, hysterischen und vicariirenden Ursprungs wieder zu Ehren zu bringen. Brown Kelly (389) berichtet über Nasenbluten aus den vorderen Ethmoidalvenen, die leicht durch Tampons gehemmt werden, welche zwischen mittlere Muschel und vorderes Septum gepackt werden. Struijken (77) tamponirt mit Fingercondomen, die mit Gaze gefüllt werden. Guisez (197) bespricht die Complicationen bei doppelter Tamponade der Nasenhöhlen. Ames Bliss (507) berichtet über 5 Fälle schwerer Blutung nach Hals- und Nasenoperationen.

Muck (397) wies im Nasensecret Rhodan nach. Schousboe (276) behauptet, dass in der normalen Nasenhöhle nur ganz wenige Bakterien seien, so dass diese als aseptisch anzusehen sei; auch nach St. Clair Thomson (295) ist in Anbetracht der grossen Mengen staub- und keimbeladener Luft, welche in die Nase eindringen, dieselbe auffallend frei von Mikroorganismen. Simoni (296) kam zu dem Schluss, dass der Frisch'sche Bacillus und der Friedländer'sche Pneumobacillus Varietäten derselben Species darstellen. Viollet (5) zeigte, dass der Nasenschleim in nicht höherem Maasse baktericide wirkt, als das Blutserum: die baktericide Eigenschaft verdankt er der Anwesenheit der Leukocyten, die mittelst ihrer amöboiden Bewegungen die in die Nase eindringenden organischen und anorganischen Elemente aufnehmen. de Simone (71) fand im Secret der katarrhalischen Rhinitis Kapselbacillen, die theils die culturellen Eigenthümlichkeiten des Bacillus mucosus, theils der Frisch'schen, theils der Pneumo-Bacillen besassen.

Fowler (70) berichtet über acute Rhinitis, Red. Notiz (297) giebt eine Verordnung gegen acute Rhinitis. Grant (388) spricht über Heiserkeit bei Laryngitis im Anschluss an Rhinitis. Jacontini (297) hat bei acutem Schnupfen mit Erfolg Jodrubidium verwandt. Oppenheim (297) berichtet über acute Rhinitis bei Kindern. Fermi (69) behauptet, dass die Flora der Nasenhöhle bei Coryza fast ausschliesslich aus Saprophyten, zu 90 pCt. aus Sarcinen besteht und dass

die wenigen pathogenen Keime, die sich finden, weder constant noch specifisch sind. Ueber chronischen Nasenkatarrh berichten Gleason (297), Mackenzie (297), Berndt (298), Ely (442), Notiz des Herausg. (504). Owen Smith (298) bespricht die chirurgische Behandlung des Nasenkatarrhs. Red. Notiz (298) giebt eine Verordnung gegen chronischen Schnupfen bei Kindern. de Rossi (299) bespricht die klinischen Formen der eitrigen Rhinitis. Mac Kinney (74) berichtet über 2 Fälle eitriger chronischer Rhinitis, die die Vorstellung Bosworth's über die Rolle dieser Krankheit bei der Entstehung der atrophischen Rhinitis bestätigen. Dupuy (193) beschreibt, dass ein Zahn in der linken Nasenhöhle Ursache eitriger Rhinitis war. Bayer (589) stellt einen Fall von Rhinitis caseosa vor. Einen Fall von Rhinitis pseudomembranacea bei einem 4 Wochen alten Kinde beschreibt Nachod (70); trotz eingehender Untersuchung der Membranen konnte der Löffler'sche Bacillus nicht nachgewiesen werden. Gill und Gillies (298), Thomas (298) stellen Fälle von fibrinöser Rhinitis vor. Royet (70) publicirt einen Fall von Rhinitis mit Pseudomembranen, bei dem unter nicht diphtheritischen klinischen Erscheinungen der Löffler'sche Bacillus nachgewiesen wurde. Wolff beschreibt (70) vier Fälle von Rhinitis fibrinosa, bei denen sich Löffler's Bacillen fanden. Nach Monnier (117) giebt es zwei Formen toxischer Rhinitiden, die acuten und die chronischen; dieselben sind von verschiedenen toxischen Erscheinungen seitens anderer Organe begleitet; nach demselben Autor (118) ist die Autointoxication einer der wichtigsten Factoren in der Aetiologie der periodischen und aperiodischen Rhinitiden. Schmiegelow (595) berichtet über 3 Fälle von fibrinöser Rhinitis diphtheritischer Natur. Peltesohn (493) berichtet über Therapie der Rhinitis fibrinosa. Spencer (280) theilt einen Fall von atrophischer Rhinitis mit Beginn im Kindesalter mit. Nach Logan (328) ist die Ursache der atrophischen Rhinitis Hypertrophie, die infolge des Druckes den Blutzufluss unterbricht und so Atrophie verursacht, eitrige Rhinitis bei Kindern, bakterielle Ursache oder Sinuserkrankung. Cobb (340) betont die Differentialdiagnose zwischen atrophischer Rhinitis und Erkrankung der Nebenhöhlen. Lawrence (474) stellt ein 14jähriges Mädchen vor, bei dem schon seit 3 Jahren atrophische Rhinitis besteht. Wenzel (300) giebt eine Verordnung gegen atrophische Rhinitis. Heath (471) berichtet über einen Fall von Dyspepsie bei einer 31jährigen Frau mit Atrophie der Nasen- und Rachenschleimhaut. Lefferts (301) giebt Verordnungen gegen fötide Rhinitis. Bronner (169) empfiehlt die locale Anwendung von Formalin bei der Behandlung der atrophischen Rhinitis. Nach Nöbel und Löhnberg (76) steht Ozaena meistens in Beziehung zu Affectionen der Sphenoidal- und Ethmoidalhöhle. Nach Holinger (74) ist zum Entstehen der Ozaena erforderlich Metaplasie des Epithels der Nasenschleimhaut und Chamaeprosopie, breites Gesicht, resp. weite Nase. Sieur und Jacob (74) geben den Sectionsbefund eines 50jährigen Mannes, der an Ozaena gelitten hatte. Die Complicationen der Ozaena, z. B. Dacryocystitis, haben stets als Aetiologie Eindringen von Mikroorganismen. Duchesne (299) giebt einen Revueartikel über die Publicationen der letzten Jahre, betreffend Aetiologie, Pathogenie und Therapie der Ozaena. Siebenmann (299) betont, dass auch bei Leptoprosopen Epithelmetaplasien vorkommen, welche aber nicht Ozaena zur Folge haben, weil die Nasen

eng gebaut sind; er macht auf die Angaben Reuter's aufmerksam, wonach beim weiblichen Geschlecht der kindliche Schädeltypus mit seiner breiten Anlage häufiger persistirt, was das häufigere Vorkommen der Ozaena beim Weibe erklären würde. Die Xanthose von Zuckerkandl reiht S. mit Recht seinem Bilde der Ozaena ein. Chauveau (300) berichtet über Beobachtungen von Haemoptyse bei Kranken, welche an Ozaena mit secundärer Laryngitis von gleicher Natur litten; von Lungentuberculose war nichts nachweisbar. Sicard (71) wies nach, dass das Serum der mit dem Bacillus Loewenberg geimpften Theile kein Agglutinationsvermögen für die inficirenden Mikroben besitzt und keine immunisirende Wirkung zeigt. Farlow (333) bespricht einen Fall von Ozaena wahrscheinlich sphenoidalen Ursprungs. Hibert (71) unterwarf den von Loewenberg entdeckten Ozaena-mikroben einem methodischen bakteriologischen Studium. Es gelang Perez (72), einen noch nicht beschriebenen Cocco-Bacillus foetidus ozaenae nachzuweisen, der für kleine Thiere pathogen ist. Therapeutische Mittheilungen gegen Ozaena machen Somers (75, 300), Bommier (75), Szmurlo (76), y Torres (76), Bruck (300), Mazarollo (300), Bartholow (301). Zaalberg (542) beschreibt einen Fall geheilter Ozaena.

B. Fränkel (581) stellte Untersuchungen über die Hyperästhesie der Nasenschleimhaut der Nase an, er wendet zur Prüfung der Nasenschleimhaut Salmiaklösung verschiedene Concentrationen an. Abak (241) theilt 5 Fälle von Nasenhydrorrhoe mit; in keinem derselben war in der Nase eine locale Erkrankung nachweisbar. Gradle (241) berichtet, dass nasale Neurose sich verschlimmern kann, wenn Darmstörungen mehr hervortreten. Lewy (580) hat bei einer Patientin mit Nasenreflexneurose ein Stück der unteren Muschel abgetragen und in demselben zahlreiche Nervenfasern gefunden, die nicht pathologisch verändert waren. Nach der Operation Befinden 3 Monate gut. Gellé (8) beobachtete einen Kranken, dessen linkes Nasenloch undurchgängig war und der an heftigen, nächtlichen asthmatischen Anfällen litt, wenn er auf der rechten Seite lag; der Kranke war geheilt, als die Durchgängigkeit des Nasengangs wieder hergestellt war. Anlässlich dieses Falles stellte G. Untersuchungen über die nasale Athmung im Stehen und im Liegen an. Downie (402) heilte zwei Fälle von Asthma durch Exstirpation von Nasenpolypen; es giebt demnach Fälle von reinem Bronchialasthma, in welchem die versteckte Ursache in der Nase liegt. Heath (239) berichtet über Physiologie und Aetiologie der Reflexerkrankungen von Seiten der Nase und des Nasopharynx. Semon (240) ist überzeugt, dass die Häufigkeit und Bedeutung des Einflusses der Nasenschleimhaut für nervöse Symptome entfernter Körpergegenden durch die Anhänger der Lehre Hack's übertrieben worden ist, dass wir noch keine richtige Vorstellung von dem Reflexmechanismus haben, dass es wichtig ist, festzustellen, ob eine Neurose wirklich nasalen Ursprungs ist und ob in Fällen, in denen nasaler Ursprung wahrscheinlich ist, Behandlung der Nase dem Patienten nützt. Bruck (241) bestreitet gegen Rosenberg, dass die cocainisirten Partien der Nasenschleimhaut anästhetisch werden und ferner, dass der Process sich auf die ganze Schleimhaut ausdehnt. Nach B. reagirt die Schleimhaut noch 3 Minuten nach der Cocainisirung auf Reize. Ueber Behandlung des Heufiebers machen Mittheilungen Red. Notiz (7), Douglas (7, 242), Lehmann (7), Hallopeter

(242), Grube (242, 401), Nauwelaerts (242), Abrams (243), Ingals (243), Bate (400), Dabbs (400), Hendrixson (401), Not. des Herausgebers (401), Solis Cohn (401), Gleason (401), Bishop (402), Somers (402), Kingscote (402).

Ueber Fremdkörper und deren Entfernung aus der Nase berichten Sturrock (193), Clark (193), Alvarez (194), Halstead (194), Jepson (194), Gamble und Tiffany (246), Richter (555), Breitung (555), Peel (555), Notiz des Herausgebers (555). Wolfberg (555) berichtet über einen Fall von Thränensackfistel, die nach Exstirpation des Thränensacks und späterer Entfernung eines 8 mm langen Insects aus dem Thränensackkanal heilte. Fälle von Rhinolithen beschreiben Symonds (52), Schäfer (192), Müller (193), Hellat (192).

Douglas (200) veröffentlicht eine Studie über die Anwendung des Galvanokauters in der Nase. Baker (508) beobachtete in einem Falle, dass eine Woche nach Kauterisation der mittleren Muschel die Sehkraft des rechten Auges vollständig schwand und sich auf dem linken Auge Anzeichen von erheblicher Sehschwäche einstellten; Heilung durch grosse Dosen von Jodkalium. Rice (197) bespricht die Gründe, weshalb die chirurgische Behandlung von Nasenerkrankungen auf conservative Basis gestellt worden ist. Davis (474) theilt einen Fall von eitriger Cyste der unteren Muschel mit; derselbe (474) bespricht einen Fall von extremer Hypertrophie der unteren Muschel. Holmes (226) entfernt bei Hypertrophie der mittleren Muschel dieselbe mit einer besonders construirten Scheere. Kuttner (230) resecirt die untere Muschel nur, wenn diffuse stark vergrösserte Schleimhautpartien zu entfernen sind. Linhart (552) berichtet über eine eigenartige Vergrösserung der Muschel; es war Sarcom diagnosticirt, doch brachte Entfernung der Muschel und Jodkalium in grossen Dosen Heilung. Holmes (552) berichtet über Hypertrophie der Muscheln und ihre Beziehung zur Otitis media im Anschluss an 1500 Operationen. Baurowicz (553) operirt bei Hypertrophie der Muschel, indem er mit dem Galvanokauter eine tiefe Furche zieht und dann den hypertrophischen Theil der Muschel mit der Scheere oder Schlinge abträgt. Griffith (553) berichtet über Behandlung der Hypertrophie der unteren Muschel. Stuck (553) benutzt bei Entfernung der mittleren Muschel die Scheeren von Holmes. Boylau (554) giebt bei Muschelhypertrophie einer planmässigen Amputation der erkrankten Partien vor der Kauterisation derselben den Vorzug. Goldstein (554) kauterisirt die hypertrophischen Muscheln mit Chromsäure. Lake (473) bespricht einen Fall von bullöser Schwellung der mittleren Muschel mit Verbreiterung der Nase. Sundholm (440, 552) beschreibt Knochencysten der mittleren Muscheln. Tilley (281) demonstrirt eine Knochencyste der mittleren Muschel, die schleimig-eitriges Secret und ödematöse Granulationen enthielt. Bird (552) berichtet über Nekrose der Muscheln. Davidson (197) bespricht die Indicationen zur Operation und die Operationsmethode für die mittlere Muschel. Alexander (587) demonstrirt einen Fall von Hyperplasie des hinteren Endes einer unteren Nasenmuschel, die den ganzen Nasenrachenraum ausfüllte. Woakes (195) bespricht eine Schussverletzung des Kopfes; die Kugel drang unter der linken Stirnprominenz in den Schädel. Der Patient genas. 20 Monate später stellte sich Ausfluss aus der Nase ein; es wurde ein Stück Blei, bedeckt mit Khakistoff, aus derselben entfernt.

Thomson (45) fand als Ursache von Verbreiterung des Nasenrückens Vergrösserung der mittleren Muschel. Stewart (52) beschreibt einen Fall von chronischer traumatischer Anschwellung des Nasenrückens mit Oedem der unteren Augenlider. In einem Falle von „rother" Nase, Dermatitis congelationis erythematosa nasi wandte Weiss (504) die galvanische Behandlung an. Scheppegrell (199) bespricht die Anwendung der Elektricität bei verschiedenen Affectionen der Nase, besonders bei Congestionszuständen der Schleimhaut der Nase. Pottgiesser (6) behandelte 8 Fälle von Rhinophym operativ. Bei combinirten Längs- und Querfracturen der Nasenbeine, welche bis über das Niveau der Spina nas. oss. front. hinaufreichend mit seitlicher Dislocation einhergehen, ist nach Büdinger (195) die operative Reposition vorzunehmen. de Blois (326) berichtet über die Fracturen der Nase, besonders über diejenigen, die durch die Stösse professioneller Boxer herbeigeführt werden. Berger (6) stellte bei einem Patienten, dessen Nase vollständig zerstört war und nur noch aus einem klaffenden Loch bestand, die Nase auf einem Metallgerüst wieder her, das von 2 Hautlauppen eingeschlossen wurde. von Hacker (6) beschreibt ein neues Verfahren der partiellen Rhinoplastik. Hoffa (6) berichtet über 3 Nasenoperationen zu kosmetischen Zwecken, über eine Plastik bei Sattelnase und über einen Fall, in dem wegen einer von der Nase ausgelösten Ciliarneurose die Nase gespalten und ein grosses Stück des mit der unteren Muschel verwachsenen Septums excidirt wurde. Goris (589) berichtet über eine Rhinoplastik. Spencer (529) berichtet über einen Fall, in dem progressives Einsinken des Nasenrückens nach bilateralem Hämatom des Septums auftrat. Pegler (540) spricht über chirurgische Behandlung bei Verstopfung der Nase. Loewe (551) schlägt vor, bei Behebung von Nasenscheidewand-Deviationen die Operation von aussen her mit Abhebelung der Wundtheile der Wangengegend und Aufklappen der abgelösten Nase und Nasenschleimhaut vorzunehmen. Bönninghaus (551) hält die Methode Loewe's vom rhinologischen Standpunkte aus für einen technischen Rückschritt. Boulet (10) injicirt zur Beseitigung von Deviationen der Nasenscheidewand nach Escat kochendes Wasser unter die Schleimhaut der concaven Seite, löst diese ab und resecirt den Knorpel. Braden Kyle (237) befürwortet bei Devationen des knorpeligen und knöchernen Septums zwei longitudinale Incisionen und gewaltsame Biegung mit einer starken Zange. Gleason (340) spricht über die Behandlung der Deviationen des Nasenseptums complicirt mit traumatischer Deformität der äusseren Form und des knorpligen Gerüstes der Nase. Chamberlain (195) entfernte einen dislocirten Nasenknorpel. Navratil (272) berichtet über einen Fall von Resection der knorpligen und knöchernen Nasenscheidewand. Killian (9, 236) beschreibt einen Fall von acuter Perichondritis und Periostitis der Nasenscheidewand dentalen Ursprungs. Merry (9) theilt einen Fall von idiopathischer Perforation des Nasenscheidewandknochens mit. Cohn (549) berichtet über einen Fall von Luxation des vorderen und unteren Endes der Cartilago quadrangularis nasi. Courteau (115) sah bei Kaninchen mit künstlich hervorgebrachter Nasenstenose in sehr kurzer Zeit Lungenemphysem eintreten. Pynchon (549) schreibt über geringe Unregelmässigkeiten des Nasenseptums.

Schadle (549) bringt eine Mittheilung über Erosionen und Ulcerationen der

Cartilago triangularis septi nasi. Watson (549) berichtet über das Nasenseptum und seine Beziehung zum gesunden und kranken Körper. Hecht (550) theilt 2 Fälle von Influenza-Perichondritis der Nasenscheidewand mit. Barth (8) betont die nachtheilige Beeinflussung des Schwimmunterrichts durch die Verengerung der obersten Luftwege. de Mendoza (8) schreibt über die radicale Heilung der verstopften Nase. Vansant (9) macht eine Mittheilung über pathologische Veränderungen in der nicht verstopften Nasenseite bei Nasenscheidewandverbiegungen. Haton (191) berichtet über die Literatur, betreffend den Nasenverschluss. Reynolds (191) schreibt über unmittelbare und entfernte Folgen der Nasenverstopfung. Hiers (192) empfiehlt bei Verstopfung der Nase gründliche Untersuchung der Nase, des Ohrs und des Halses. Undurchgängigkeit der Nase für den Inspirationsstrom verursacht nach Spicer (403) Herabsetzung des Luftdrucks sowie Trockenheit der Schleimhaut in der Nase und den Nebenhöhlen. Nach Bullura (403) verursacht Verschluss der Nase bei Hunden in wenigen Tagen Emphysem; wenn die Thiere nur durch den Mund athmen, tritt eine geringere Quantität Luft in die Lungen ein, als wenn die Respiration durch die Nase statthat. Cousteau (403) brachte bei Kaninchen ein Nasenloch zur Obliteration; bei der Tödtung nach 7 Monaten waren die Lungen der Thiere emphysematös. Thomson (472) beschreibt einen Fall von Verstopfung eines Nasenlochs durch eine Highmorshöhlenaffection unbestimmter Art. Evans (551) führt zur Correction von Verbiegungen des knorpligen Septums der Nase die Asch'sche Operation mit einem dem Hajek'schen Messer ähnlichen aus. Mc Kinney (10) führt die Correction verbogener Septa durch die Asch'sche Operation und die Anwendung der Mayer'schen Tuben herbei. Hunsaker (10) empfiehlt die vereinfachte Asch'sche Operation bei Septumverbiegungen. Krieg (10) beschreibt seine Fensterresection des Septum narium zur Heilung der Scoliosis septi; er polemisirt gegen Lange, der im Handbuche der Laryngologie seine Methode nicht genügend gewürdigt hat. Lange (10) hat Krieg's Arbeiten nur aus Referaten gekannt. Boenninghaus (11) legt dar, dass Krieg der erste war, der mit dem deviirten Knorpel auch den deviirten Knochen des Septums resecirte. Boenninghaus (11) bespricht die Indicationen für die Krieg'sche Resection des Septums von der Kante aus. Moure (118) giebt ein neues Verfahren zur Behandlung der Septumdeviationen an. White (196) beschreibt einen Todesfall nach Operation nasaler Synechien. Kreilsheimer (11) empfiehlt an Stelle der Tamponade nach Operation von Vorsprüngen des Septums Verödung und Glättung der Wunde mit dem rothglühenden Galvanokauter. Coulter (237) bespricht die Aetiologie der Septumdeviationen. Pynchon (236) bespricht die von ihm als vordere weiche Hypertrophie am Septum bezeichneten Zustände, die mit dem Galvanokauter zu entfernen sind. Roe (334) giebt seine Operationsmethode der Septumdeviationen an. Grant (388) demonstrirt eine strangförmige Synechie zwischen dem Septum und der unteren Muschel. Wishart (237) wendet bei Entfernung von Spinen des Septums das Carmalt-Jones'sche Meisselinstrument an. Bei intranasalen Eingriffen will Ostmann (507) Blutungen dadurch vermeiden, dass er die zuführenden Gefässe galvanokaustisch durchtrennt.

Brubacher (71) beschreibt ein Geschwür am Boden der Nasenhöhle, das

durch einen periostitisch erkrankten Zahn hervorgerufen wurde. Chalmers (293) macht Mittheilungen über Heupye, eine subperiostale Knochenneubildung an der äusseren Fläche der Nasenbeine und der Nasalfortsätze des Oberkiefers. Dasselbe Krankheitsbild, das Chalmers unter dem Namen Heupye beschreibt, schildert Renner (294) unter dem Namen „Goundon" oder Anakhre.

Ciurella (9) theilt einen Fall von Schleimhautpolypen des Nasenseptums mit. Polyák (55) stellt das mikroskopische Bild eines sogenannten blutenden Septumpolypen vor, das sich als papilläre Hypertrophie der Septumschleimhaut erwies. Trenkner (440) liefert einen Beitrag zur Histologie und Aetiologie „der blutenden Septumpolypen". Cordes (441) veröffentlicht eine auf ein grosses Krankenmaterial und eingehende mikroskopische Untersuchungen basirte Studie über die Hyperplasie, die polypöse Degeneration der mittleren Muschel, die Nasenpolypen und ihre Beziehungen zum knöchernen Theile des Siebbeins. Rhéti (440) berichtet von einem Falle, in dem Nasenpolypen die Nase erweitert hatten. Luck (483) entfernt Nasenpolypen in 2 Fällen radical unter gleichzeitiger Entfernung fast des ganzen Siebbeins. Parker (488) berichtet über einen Fall von Radicaloperation von Nasenpolypen. Nach Lack (531) ist der gewöhnliche Schleimpolyp ein localisirtes Oedem der Schleimhaut, das von Erkrankung des unterliegenden Knochens herrührt. Chambers (226) behandelt Nasenpolypen mit proteolytischem Enzym, das er durch Extraction der Verdauungsdrüsen des Schweinemagens gewinnt. Lewy (230) berichtet über hyaline Ablagerungen in Nasenpolypen. Polyák (440) weist nach, dass die von Ciuretta in Schleimpolypen der Nase gesehenen „Blastomyceten" identisch mit den vielfach beschriebenen hyalin degenerirten Zellen („hyalinen Kugeln", „Fuchsinkörperchen") sind. Cholewa (128) führt aus, dass die Nasenschleimpolypen ihre Entstehung einer Erkrankung des Knochens verdanken, die er als Osteomyelitis suacuta bezeichnet. Desimoni berichtet über gleichzeitiges Vorkommen von multiplen Nasenpolypen bei mehreren Mitgliedern einer Familie und den Befund von Blastomyceten in den Polypen. von Rimscha (128) demonstrirt einen grossen Nasenpolypen. Mukherji (246) beschreibt einen grossen Nasal- und Postnasal-Polyp. Heymann (229, 580) zeigt einen Knaben mit Osteom der Nase, die Röntgenuntersuchung und Operation verificirte die Diagnose. Clark (335) berichtet über bullöse Tumoren der mittleren Muschel. Fitzpatrik (129) beschreibt ein Angiom, Coomes (129) ein Angiofibrom der Nase. Routier (129) stellt einen Patienten vor, der wegen eines enormen hypertrophischen Tumors (? Ref.) der Nase operirt war. Tilley (476) beschreibt einen Tumor des Nasenseptums. Jousset (592) theilt einen Fall von Fibromyxom der Nasenhöhle mit. Mayer (550) entfernte eine Septumgeschwulst, die als Angiom diagnosticirt war. Maligne Tumoren der Nase beschreiben Kjaer (498), Würdemann (227), Baker (227), Goldsmith (442), Herzfeld (44), Finder (228), Herzfeld (130), Polyák (598), Newcomb (174), Petit (552).

Ueber die Indicationen zur intranasalen Behandlung bei Ohrenerkrankungen referirt Mac Bride (537). Macintyre (389) erörtert die Anwendung der X-Strahlen bei der Diagnose von Erkrankungen der Nase und der benachbarten Organe. Nach Martin (296) fliessen bei Kranken, die an Nasen- und Rachen-

krankheiten leiden, während der Nacht toxische Substanzen nach abwärts, die die Lungen inficiren. Kyle (225) betont, dass abnorme und pathologische Zustände der Zähne Verstopfung und Erkrankungen der Nase bedingen. Bayer (589) demonstrirt einen Fall, in dem Kopfschmerz durch eine Nasenaffection bedingt war. Cobb (226) berichtet über Kopfschmerzen nasalen Ursprungs. Francis (398) ist der Meinung, dass Druck der mittleren Muschel auf das Septum nasi eine der bedeutsamsten Ursachen der Kopfschmerzen darstelle. Heldenbergh (241) berichtet über einen Fall von Augenmigräne e aura nasali. Cheatham (546) macht eine Mittheilung über den Befund in der Nase bei Scharlach.

Rosenberg (229) stellt einen Patienten mit Lupus der Nase vor. François und Lambotte stellen einen Patienten vor, der wegen Nasenlupus mit Entrindung der Nase und Ersatz durch einen Stirnlappen operirt war. Riis (294) behandelte einen Fall von Lupus nasi mit Röntgenstrahlen. Dethlefsen (294) behandelte Lupus des Gesichts mit Gefrierung mittelst Chloräthyl. Grant (388) demonstrirte einen Fall von Lupus der unteren Muschel. Law (491) zeigt einen Fall von Lupus der Nase, bei dem der hintere Rand des Septums und die vorderen Nasenlöcher ergriffen waren; Wagett hat einen ähnlichen Fall durch Auskratzung geheilt. Nach Delje (591) geben bei Nasenlupus (Hautlupus) die Raclage (mechanische Zerstörung) und Scarificationen verbunden mit Milchsäurecauterisationen das beste Resultat. Bei oberflächlichem Lupus ist die Finsensche Methode ausgezeichnet. Bei Lupus der Schleimhäute ist die Hollaendersche Methode die beste, bei welcher die gesunden Partien absolut geschont werden. Das Denys'sche Tuberculin macht nach D. den Organismus resistenzfähiger. Kjär (594) demonstrirt einen Fall von Lupus nasi et gingivae. Didsbury (505) berichtet über den Versuch einer Behandlung des Schleimhautlupus der Nase mit Strömen von hoher Frequenz und Intensität.

Baumgarten (54) operirte ein Tuberculom des Septum narium. Die Nasentuberculose, besonders die primäre Nasentuberculose ist nach Texier und Bar (118) sehr selten. Es giebt eine polypöse, eine ulceröse und eine granulöse Form. Man kann diese Affection leicht mit Lupus oder tertiärer Syphilis verwechseln. Neben der allgemeinen soll eine locale Behandlung mit Milchsäureätzungen geübt werden. Schmithuisen (249) beschreibt ein Tuberculom der Nase mit Nekrose von Theilen des Keil- und Hinterhauptbeines.

Steward (302) beschreibt 6 Fälle von Tuberculose der Nasenschleimhaut; er giebt eine eingehende klinische und pathologisch-anatomische Schilderung des Bildes der Krankheit. Revillet (398) bespricht von der Nase herrührenden Husten bei Tuberculose, der besonders des Nachts in Rückenlage auftritt. Martini (433) spricht an der Hand von 4 selbst beobachteten Fällen über Tuberculosis vegetans der Nase: in 3 Fällen wurde mit positivem Erfolg der aus Granulationen genommene Saft Meerschweinchen intraperitoneal injicirt. Nach M. dringen die Tuberkelbacillen gewöhnlich durch kleine Continuitätstrennungen ins Epithel ein. Ballenger (550) beschreibt einen Fall von primärer Tuberculose des Nasenseptums. Kjär (594) demonstrirt einen Tumor tuberculosus septi cartilaginosi nasi.

Nach Roux (129) sind Russland, Oesterreich, Centralamerika, Ungarn in der genannten Reihenfolge die Länder, in denen Rhinosklerom am häufigsten ist. Allen (130) publicirt 2 Fälle von Rhinosklerom. Freemann (442) beschreibt einen Rhinoskleromfall. von Marschalkó (442) zeigt, dass die Plasmazellen beim Rhinosklerom dieselbe Bedeutung haben wie bei Carcinom, Sarkom, syphilitischer Sklerose. — Die unter dem Namen hyaline und colloide Zellen beschriebenen Formelemente des Rhinoskleroms sind hyalin degenerirte Plasmazellen; die Russel'schen oder Fuchsinkörperchen sind freigewordene hyaline Kugeln, also Zelldegenerationsproducte. Specifische Elemente des Rhinoskleroms sind also nur ausser den Rhinosklerombacillen die Mikulicz'schen Zellen. Dor (442) beschreibt 2 Fälle von Rhinosklerom; er stellt mit dem Rhinosklerom die sog. Schnüffelkrankheit der Schweine zusammen, welche wie das Rhinosklerom beim Menschen durch harte ödematöse Infiltration der oberen Luftwege charakterisirt ist. Grant (477) beschreibt einen Fall von Rhinosklerom.

Grant (52) demonstrirt einen Fall mit tertiärer syphilitischer Ulceration der Nase. Schmidthuisen (186) berichtet über syphilitische Nekrose des Nasenbodens; Sch. bohrt bei festhaftenden grossen Sequestern des Nasenbodens mit der Trephine Löcher in den todten Boden; hierdurch wird der Knochen gelockert und kann leicht entfernt werden.

Julian (399) schildert Nasenkrisen bei Tabes; der Zustand ist durch Nies-Attacken mit Parästhesien in der Nase charakterisirt, mit vorausgehenden subjectiven Empfindungen in der Gegend des Trigeminus, bestehend in einem sonderbaren Constrictionsgefühl und Steifigkeit der Wange und des Nackens. Umber (399) weist auf die zuweilen krisenartig auftretenden Geruchs- und Geschmacksstörungen bei Tabikern an Hand von 2 Fällen hin.

Stanculeanu und Baup (346) unterscheiden 2 Arten von Sinusempyemen. eine Form mit foetidem Eiter, die vornehmlich Anaëroben enthält und nach Zahnaffectionen auftritt, und eine nicht fötide Form, die nur die gewöhnlichen Aëroben enthält und im Anschluss an Mischinfectionen auftritt.

Wertheim (346) studirte die Beschaffenheit der Schleimhaut und des Secretes bei Nebenhöhlenerkrankungen, die Häufigkeit der Betheiligung der verschiedenen Höhlen und der Combination mehrerer Nebenhöhlenaffectionen, die Aetiologie derselben, ihre Beziehung zu Ozaena und anderen in Betracht kommenden pathologischen Momenten. Seifert (360) wendet zur Diagnose der Sinusaffectionen eine Procedur an, die er „negatives Politzern" nennt; er führt in ein Nasenloch einen comprimirten Ballon ein, den er, während der Patient einen Mund voll Wasser hinunterschluckt, sich ausdehnen lässt. Durch dieses Aussaugen wird der Sinusinhalt in die Nasenhöhle getrieben. Captas (114) giebt einen Beitrag zur radicalen Operation von komplicirten chronischen Nebenhöhlempyemen.

Hinkel (360) beschreibt die Operation eines Falles von chronischem Empyem der accessorischen Nebenhöhlen. Sattler (347) schildert die Erscheinungen an Auge und Orbita bei ausgesprochener Erweiterung der lufthaltigen Höhlen des Schädels. Laurens (114) bespricht die Chirurgie der Nebenhöhlen in ihren Beziehungen zur Chirurgie der Orbita. Craig (348) behandelt die cerebralen Complicationen, die von den accessorischen Nebenhöhlen der Nase ausgehen. Denker

(350) theilt einen Fall von rhinogenem Frontallappenabscess und extraduralem Abscess der Stirngegend mit, der durch Operation geheilt wurde. Goris (114) berichtet über 8 Fälle von Decortication des Gesichts bei Nebenhöhlenempyemen.

Laurent (346) demonstrirt Abgüsse von Kieferhöhlen, die er mit einem modificirten Darcet'schen Gemenge, das bei 65° schmelzbar ist, hergestellt hatte. Buys (590) zeigt 2 Präparate von Highmorshöhlen mit bedeutend hinter der Norm zurückgebliebener Capacität vor. Lack (490) demonstrirt eine Erweiterung der linken Kieferhöhle, die das linke Auge verdrängt und die linke Nasenhälfte verlegt. Onodi (273) demonstrirt Präparate, in denen Kieferhöhle und Keilbeinhöhle sich so ausbreiten, dass sie nur durch eine dünne Wand von einander getrennt sind. Polyák (274) bespricht das Verhältniss der Kieferhöhle zu der Stirnhöhle und den vordersten Siebbeinzellen an der Hand von Präparaten. Mackenzie (360) behandelt die Diagnose der chronischen Kieferhöhlenempyeme. Kaspariantz (114) palpirt zum Zwecke der Diagnose von Kieferhöhlenempyemen die innere Sinuswand vor oder hinter dem Proc. uncinatus mit einer rechtwinklig gebogenen Sonde; ist Eiter in der Kieferhöhle, so kommt er bei dieser Palpation durch die Sinusöffnung zum Vorschein. Cryer (358) bespricht den Infectionsmodus der Kieferhöhle. Werner (358), Gulikers (358) publiciren über Fremdkörper in der Kieferhöhle. Lack (283) bespricht einen Fall von Nasenpolypen mit Eiterung und anscheinendem Fehlen der Kieferhöhlen. Spencer (480) demonstrirt einen Fall von Eiterung der Kiefer-, Siebbein- und Stirnhöhle bei gleichzeitig vorhandenen Nasenpolypen. Stipanits (54) demonstrirt einen Fall von Neoplasma der rechten Kieferhöhle. de Wald (361) demonstrit Präparate eines Falles von Carcinom der Kieferhöhle. Lennhof (581) zeigt einen nach Anbohrung der Oberkieferhöhle abgestossenen Sequester. Roe (181) bespricht die Bedeutung der Septa und Taschen in der Kieferhöhle und ihre Berücksichtigung bei der Operation. Turner (589) publicirt über Catarrh und Eiterung der Kieferhöhle. Goldsmith (359) berichtet über einen Fall von chronischer Eiterung der Kieferhöhle. Sturmann (582) bespricht die Behandlung der Oberkieferhöhleneiterungen. de Mendoza (361) berichtet über die Verwendung der Sinuskopie zur Feststellung der operativen Indicationen bei Erkrankungen der Kieferhöhle. Cline (225) spricht über Beobachtungen an 150 Fällen von Kieferhöhlenerkrankung. Platt (359) publicirt über Empyem der Kieferhöhle bei einem Kinde. Roaldes (176) spricht über 5 Fälle von chronischem Empyem der Kieferhöhle mit Operation nach Caldwell-Luc. Jacques und Michel (357) liefern einen Beitrag zum Studium der zahnhaltigen Cysten des Oberkiefers und ihre Beziehungen zur Kieferhöhle. Paquet (359) publicirt Studien über die Kieferhöhlenentzündung und ihre orbito-oculären Complicationen.

Shields (357) behandelte 5 Fälle von Ethmoiditis. Tilley (485) bespricht einen Fall von chronischer Siebbeinentzündung, in welchem ein geschwollener Schleimhautwulst aussen an der mittleren Muschel auftrat. Baumgarten (55) trägt über einen Fall vor, in dem eine Exostose im inneren Augenwinkel als consecutive Erscheinung eines Empyem der Siebbeinzellen und der Stirnhöhle entstand; die Exostose entstand dadurch, dass vom Druck des Eiters in den Nebenhöhlen die Knochenlamellen des Siebbeins aufgetrieben wurden. Nachdem der

Eiter entleert war, ging die Knochenlamelle an ihre frühere Stelle zurück. Ballenger (357) berichtet über eitrige und nichteitrige Siebbeinentzündung. Sundholm (357) veröffentlicht einen Fall von operativ behandeltem Empyem des Sinus ethmoidalis. Hajek (112) unterscheidet 3 Formen der Ethmoiditis: in der ersten ist nur die Schleimhautfläche erkrankt; die zweite Form ist oft von hypertrophischer Schwellung der Schleimhaut und des Periosts sowie von Polypen an der nasalen Wand des Siebbeins begleitet; in den Fällen der dritten Categorie beobachtet man zahlreiche Polypen, Erosionen, Verdickungen und Granulationen. Das Knochengerüst kann seinerseits auch erkrankt sein; die Erkrankung beginnt mit einer Reizung des Periosts, an die sich bald eine Osteitis condensans anschliesst, mit Drucknekrose und Thrombophlebitis oder Periostitis an der gegenüberliegenden Seite. In der sich an Hajek's Ausführungen anschliessenden Discussion hebt Luc (113) hervor, dass die Behandlung der Siebbeineiterungen meist erfolglos sei und zwar weil es unmöglich sei, das Siebbeinlabyrinth im Ganzen und in allen seinen erkrankten Partien zu erreichen, weil ferner die Erkrankung des Siebbeins selten isolirt und fast immer von einer solchen der Kiefer- oder Stirnhöhle begleitet sei. Milbury (357) berichtet über 39 Fälle eitriger Ethmoiditis. Antonelli (357) publicirt einen Fall von Siebbein-Stirnhöhlen-Entzündung nach Orbitaentzündung, ausgehend von Dacryocystitis. König (348) beobachtete 3 Fälle von Orbitaerkrankungen ethmoidalen Ursprungs. Lake (473) bespricht einen Fall von vom Siebbein ausgehender Exostose. Swain (178) bespricht die Beziehungen von Erkrankungen der Siebbeingegend der Nase zum Asthma. Grant (530) bespricht ein Epitheliom des Siebbeins.

Laurent (590) demonstrirt Abgüsse von Stirnhöhlen. Beco (590) führt einen Fall von accessorischer Stirnnebenhöhle an, welche mit der Nase in Communication stand und zufällig bei der Operation einer Stirnhöhleneiterung als mit ergriffen entdeckt wurde, wodurch das Misslingen der Operation verhindert werden konnte. Onodi (273) demonstrirt Fälle, in denen die Stirnhöhle, die vorderen und die hinteren Siebbeinzellen zwischen den Lamellen des Orbitaldaches sich ausbreiten; ferner demonstrirt O. an Sagittalschnitten die Stirnhöhle, die umgebenden Siebbeinzellen und ihre Mündungen, die Communication der Stirnhöhle mit der Siebbeinzelle und die unmittelbare Lage ihrer Mündungen. Bei Empyemen der Stirnhöhle und der vorderen Siebbeinzellen kann der Eiter also direct in die Kieferhöhle gelangen. Meyer (585) durchleuchtet die Stirnhöhle, indem er die Lampe median auf die Stirn querfingerbreit über die Augenbrauen setzt. Valude (351) beschreibt einen Fall von cystischer Erweiterung der Stirnhöhle. Mayer (550) beschreibt einen Fall von Exophthalmus, der durch ein Osteom oder Fibrom der Stirnhöhle und der Ethmoidalgegend entstand. Coppez und Depage (352) beobachteten ein Riesenosteom des Sinus frontalis, das rechtsseitigen Exophthalmus verursachte. Lothrop (577) beschreibt eingehend die Anatomie der Stirnhöhle und der Siebbeinzellen sowie die Aetiologie, Pathologie und Behandlung der Stirnhöhleneiterung mit Berücksichtigung der Erkrankung der vorderen Siebbeinzellen. Luc (113) veröffentlicht 2 Fälle von recidivirendem, schmerzhaftem Catarrh der Stirnhöhle. Struyken (350) hält vor die Stirn eines Patienten, dem er die Stirnhöhle sondiren will, einen Compas. Er führt dann eine Silbersonde mit einem

oberen Ende von Stahldraht ein, das mittelst eines Hufmagneten magnetisirt ist. Aus dem Maass und der Richtung der Abweichung der Nadel lässt sich die Lage der Sonde ableiten, auch die Dicke der vorderen Sinuswand abschätzen. Glatzel (350) hält die Methode von Struyken nicht für zuverlässig. Nach G. ist zur sicheren Orientirung über die Lage der Sonde in der Stirnhöhle die aktinoskopische Untersuchung das geeignetste Verfahren. Spiess (172) bespricht die Diagnose und endonasale Behandlung des Stirnhöhlenempyems. Valude (351) publicirt einen Fall von Mucocele der Stirnhöhle. Avellis (351) bespricht die Entstehung der nicht traumatischen Stirnhöhlenmucocele. Braden Kyle (181) beschreibt einen Fall von auf die Stirnhöhle beschränkter Eiterung mit Spontanruptur. de Santi (476) spricht über Verlegung subdermaler Lymphbahnen im Gesichte mit Verdacht auf Stirn- und Kieferhöhlenerkrankung bei einer 22 jährigen Frau. Tilley (479) beschreibt 6 Fälle von Stirnhöhlenempyem und bespricht (540) zwei interessante Fälle derselben Erkrankung. Goris (589) stellt einen Fall von doppelter Stirnhöhleneiterung vor. Symonds (160), Moure (162), Luc (162) sprechen über die chronische Eiterung des Sinus frontalis, ihre Diagnose und Behandlung. Tilley (164) bespricht einen letalen Fall von chronischem Stirnhöhlenempyem. Des ferneren veröffentlichen Fälle von Stirnhöhlenempyem Paige (352), Braislin (352), Royers (353), Thompson (353). Burgess (352) behandelt bei Necrose des Stirnbeins mit einer 10 proc. Salzsäurelösung. Pooley (353) spricht über Necrose und Empyem der Stirnhöhle. Harris (353) behandelte einen Fall von combinirter Stirnhöhlen- und Mastoiderkrankung. Shambough (353) veröffentlicht einen Fall von chronischer Eiterung der Stirnhöhle, Kiefer- und Keilbeinhöhle der einen Seite des Kopfes. Tilley (354) behandelte 14 Fälle von chronischem Empyem der Stirnhöhle; er tritt für die Radicaloperation von aussen ein. Braun (436) beseitigt durch Vibrationsmassage die Hindernisse des freien Eiterabflusses bei Nebenhöhleneiterungen und heilt sogar ohne Auskratzung, Einblasung und Ausspülung oder gar Trepanation des Stirnbeins solche Empyeme. Sattler (353) schreibt über die Verletzungen der Stirnhöhle und vorderen Siebbeinzellen sowie ihre chirurgische Behandlung. Brokaert (353) stellt einen Kranken vor, bei dem er wegen Sinusitis fronto-ethmoidalis die doppelseitige Eröffnung beider Sinus frontales nach Luc mit Erfolg vornahm. Tilley (488) bespricht einen Fall von gleichzeitigem Stirn- und Kieferhöhlenempyem mit starker Erweiterung des Nasenrückens, ferner einen Fall von Heilung eines chronischen Stirnhöhlenempyems durch Radicaloperation von aussen. Winkler (354) hält bei Behandlung der Stirnhöhleneiterung die Methoden von Jansen und Kuhnt nur für bedingt zulässig; er empfiehlt die osteoplastische Resection nach Czerny und Küster. Sandelin (354) stellt 2 Kranke vor, die er wegen Empyem des Sinus frontalis radical operirt hat. Lenzmann (354) leitet nach Eröffnung und Ausspülung der Stirn- und Kieferhöhlen Wasserdampf von 105—112° C. 10—12 Secunden ein; dadurch wird die Schleimhaut oberflächlich verbrüht; die verbrühte Schicht stösst sich nach einigen Tagen ab und man erhält eine reine bald vernarbende Wundfläche. Lindén (349) beschreibt einen Fall von Gehirnabscess im Anschluss an ein Empyem des Sinus frontalis. Röpke (163) operirt bei chronischer Fronto-ethmoidaleiterung nach der Methode von Kuhnt.

Lüders (492) zeigt ein Präparat mit einer Zweitheilung der Keilbeinhöhle: die beiden Theile liegen übereinander und jede Etage hat für sich einen besonderen Ausführungsgang. Jacob (355) demonstrirt ein Präparat, bei welchem die Verlängerung des Sinus in die Keilbeinflügel sehr ausgesprochen war. Jacob (355) berichtet über Katheterisirung der Keilbeinhöhle. Gallet (129) beschreibt einen Fall eines voluminösen auf Kosten des Sin. sphenoidalis herausgewachsenen Osteoms. Coppez und Lor (356) veröffentlichen einen Fall von Neuritis optica, der durch eine Sinuisitis sphenoidalis derselben Seite verursacht war. Lodge jr. (355) beschreibt einen Fall von tödtlicher Keilbeinhöhleneiterung. Scheier (587) zeigt ein Präparat, an dem beiderseits die Keilbeinhöhle von der Oberkieferhöhle nur durch eine ganz dünne Wand getrennt ist. Vince (356) beschreibt an der Hand des anatomischen Präparates den Fall eines Empyems des Sin. sphenoidalis mit Durchbruch der Basilarapophyse und dadurch herbeigeführtem Tod. Blake (356) entfernte ein Sarkom der Keilbeinhöhle, ohne dass ein Recidiv eintrat. Ferrari (356) bespricht einen Fall von Fibrosarkom des Nasenrachenraums, das in die Keilbein- und Siebbeinhöhle weiter gewuchert ist. Goris (360) operirte einen Fall von Pansinuitis unilateralis in einer Sitzung; vermittelst temporärer Resection der aufsteigenden Apophyse des Oberkiefers schaffte sich G. einen Zugang zur Nasenhöhle und deren Nebenhöhlen, welche er von nekrotischem Knochen und käsigem Eiter befreite.

Buys (592) macht auf die geradlinige, beinahe horizontale Direction der Nasenrachenwand der Neugeborenen aufmerksam und zeigt, wie sie die Rachentonsille trägt. Scheier (404) giebt eine neue Sectionsmethode an, den Nasenrachenraum ohne äusserlich sichtbare Verletzung des Kopfes aus der Leiche herauszunehmen. Abeles (504) warnt vor zu häufiger und oberflächlicher Verordnung von Ausspülungen der Nasenhöhle und des Nasenrachenraumes. Morf (8) beschreibt einen Fall von angeborener Choanalatresie, Schmiegelow (592) stellt einen Kranken vor, der an Diaphragmabildung in den Choanen leidet. Home (483) spricht über Entzündung von Schleimhautkrypten in einem umschriebenen Recessus im Dach des Nasopharynx als Ausgangspunkt für Ohrenleiden und andere Krankheitszustände. Fischenich (188) hält die „isolirte Lues des Nasopharynx“ für eine den Specialisten relativ unbekannte Affection. Botey (119) beobachtete 20 Fälle von Haemoptysen des Nasenrachenraums. Lack (483) entfernte einen Gardinenring aus dem Pharynx eines 9jährigen Kindes. Nach Lenhardt (443) sind geschwollene Halslymphdrüsen bei sog. lymphatischen Kindern oft die Anzeige einer chronischen Infection des Pharynx. Dickermann (443) bespricht die Hypertrophie der Pharynxtonsille. Capps (444) schreibt über adenoide Wucherungen. Nach Pierce (444) wird die Hyperplasie der Pharynxtonsillen meistens verursacht durch wiederholte acute Entzündungen, sowohl durch Streptokokkeninfection als auch durch die verschiedenen Arten lacunärer Entzündung. Pennell (443) schreibt, dass Kinder mit Adenoiden schwer lernen und körperlich zurückbleiben. Potter (446) beschreibt persistente adenoide Vegetationen bei einer Frau in mittlerem Alter. Bemerkungen über adenoide Vegetationen machen ferner de Greift (132), Tomasi (132), Danziger (132), Herron (132). Campbell (540) trägt über die Ursache der adenoiden Vegetationen vor.

Dieselben sind bei civilisirten Rassen häufig, bei wilden Rassen selten. Er schreibt dies dem Umstande zu, dass letztere eine härtere Nahrung geniessen, die mehr gekaut werden muss. Kau- und Schluckact haben einen grossen Einfluss auf Blut- und Lymphstrom im Postnasalraum. Wright (444) macht Bemerkungen über Aetiologie und Pathologie der Adenoiden, Corwin (144) über Aetiologie und Prognose der Adenoiden. Nach Leidi (448) weisen besonders die Individuen Adenoide auf, die in ihren ersten Lebensjahren an Diphtherie erkrankt waren. Morgenthau (445) hält mikroskopische Untersuchungen von Adenoiden für nöthig zur Unterscheidung, ob dieselben z. B. tuberculös erkrankt sind. Nach Richardson (445) tragen 5 pCt. von Adenoiden ausgesprochene Zeichen von Tuberculose an sich. Arrowsmith (445) hält die Beziehungen zwischen Adenoiden und allgemeiner Tuberculose noch nicht für zweifellos. Wex (445) fand unter 210 Fällen von Adenoiden 7mal (3,3 pCt.) Tuberculose. Rhéti (131) wies unter 100 Fällen von Adenoiden 6mal Tuberkel, 2mal Verkäsung nach. Zwillinger (598) demonstrirt ein Präparat von latenter Tuberculose der Rachenmandel. Wright (137) ist der Ansicht, dass man sich auf die bisherigen Statistiken, welche die Häufigkeit der tuberculösen Infection der Lymphgewebe des Pharynx zur Darstellung bringen sollen, nicht ohne Weiteres stützen kann. Parmentier (131) giebt einen pathologischen Ueberblick über die Nasenrachenmandel. Klown (446) glaubt die durch Adenoide bedingten Kopfschmerzen durch Reflexwirkungen erklären zu können. Nach Goldschmidt (446) wird durch die Entfernung von Adenoiden vielen Erkrankungen vorgebeugt; Contraindicationen gegen die Operation sind Haemophilie, arterielle Anomalien, Entzündungen der oberen Luftwege. Nach Rivière (445) verhütet antiskrophulöse Behandlung Recidive der Vegetationen. Ueber den Einfluss der Adenoiden auf das Gehör berichten Braislin (446), Klown (447), Ewing (447). Yearsley (447) befürwortet die Entfernung von Adenoiden in jedem Falle von Taubstummheit. Cuvellier (512) fand unter 2785 Kindern 1156, die Hypertrophie der Tonsillen und Adenoide hatten. Wingrave (51) stellt einen Fall von acuter Ulceration der Gaumentonsillen vor. Nach Benoit (132) schaffen die Adenoiden einen lymphatischen, skrophulösen Boden, auf dem sich leicht phlyctenuläre Conjunctitividen einnisten. Teterewjatnikow (133) schreibt über die Häufigkeit der Adenoiden, ihren Zusammenhang mit Ohraffectionen und der Aprosexie der Lernenden. Grönbeck findet, dass in 9,1 pCt. von Adenoiden eine zweifellose Beziehung zwischen diesen und Incontinentia urinae bestand. Aviragnet (133) beobachtete bei einem Falle von Adenoiden unstillbares Erbrechen. Masini und Genta (130) injicirten Extract von adenoiden Versuchsthieren und erzielten dadurch deutliche Veränderungen des Blutdrucks. Cheval (131) unterscheidet eine katarrhalische und eine infectiöse Form von Entzündung der Adenoiden. Nach Sack (132) können acute Adenoitiden epidemisch auftreten und sich mit Nephritiden compliciren. Lautenbach (227, 448) bedient sich seines eigenen (! Ref.) oder eines Stahl-Fingernagels zur Entfernung von Adenoiden. French (448) schreibt über die Behandlung der Adenoiden. Nach Freer (449) ist bei Entfernung von Adenoiden die Narkose unumgänglich; er bevorzugt die Löwenberg'sche Zange. Rivière (451) entfernt die Adenoiden mit der Curette. Hal-

sted (449) empfiehlt die Aethernarkose bei Entfernung der Adenoiden. Iving und Trimbal (449) geben an, dass Blutungen nach Adenoiden sich bei gründlicher Entfernung derselben vermeiden lassen. Klein (276) erwähnt einen Fall von secundärer Hämorrhagie am 5. Tage nach der Entfernung von Adenoiden. Thompson (450) operirte ein 12jähriges Kind an Adenoiden und vergrösserten Tonsillen in Chloroformnarkose; das Kind starb nach wenigen Minuten, nachdem Cyanose, schwacher Puls, erweiterte Pupillen und schwache Respiration eingetreten waren.

Schmidthuisen (186) fasst Nasenrachenpolypen hoch mit der Schlinge, die er dann ca. 25 Minuten electrolytisch wirken lässt, um sie dann mit dem Galvanokauter zu verbinden. Ingersoll (246) entfernte 3 Nasenrachenpolypen. Troflenord (247) entfernte einen Nasenrachenpolypen nach der Methode Ollier. de Stella (127) beobachtete einen Fall von acutem Gelenkrheumatismus nach Rachenpolypenexstirpation. Fälle von Fibromen des Nasenrachenraums veröffentlichen Barrett (247), Logneki (247), Ellett (247), Vincent (248), Jacques (248), Lipscher (274), Powell (281), Isaia (433), Nörregaard (594), Fälle von Myxofibrom des Nasenrachenraums Powell (50), Hal Foster (248). Mc. Keown (539) trägt vor über den Einfluss der Entfernung von postnasalen Geschwülsten auf das Ohr. Fälle von malignen Tumoren des Nasenrachenraums theilen mit Thompson (249), Pegler (282), Potter (389), Hellat (250). Schmithuisen (249) beschreibt ein grosses Tuberculom im Nasenrachenraum.

Instrumente: Farlow (175): Intranasalschiene, Swain (für French) (175): Postnasalzange, Modification von Bosworth's Nasenspeculum. Casselberry (175): Nasenschlinge. Jaenicke (200): Schlinge, Troikart, Spatel. Mitchell (200): Schiene für Nasenoperationen. Alter (200): Nasenschiene. Katz (201): Nasenspiegel für Kinder. Panuz (201): Fixirbarer Zungenspatel zur Erleichterung der Rhinoskopia posterior. Wandless (239): Neue Instrumente zur Correction von Unregelmässigkeiten des Nasenseptums. Yankarer (239): Tubularsäge für das Septum. Cobb (554): Nasenscheere. Gaye (554): Muschelzange. Demme (585): Nasendilatator. Goris (590): Nasenwandbrecher. Jackson (553): Turbinotom. Mink (551): Apparat für Pneumomassage. Wink (542): Schiebecuretten für Nase und Nasenrachenraum, Doppelcurette für die Choanen. Zwaardemaker (542): Modell des Riechmessers.

Acland (483): Instrumente zur Behandlung des Kieferhöhlenempyems. Mink (541): Instrumentarium zur Auscultation der Stirnhöhle. Williams (529): Zange zum Durchschneiden der Siebbeinzellen. Martin (450): Von vorn nach hinten curettirende Zange zur Entfernung von Adenoiden. Jackson (450): Adenoid-Curette. Roget (450): Discisor der Rachenmandel. Joseph (584): Watteträger für den Nasenrachenraum.

J. Katzenstein.

C. Mundrachen.

Chaveau (250) kommt bei seinen vergleichend anatomischen Studien über den Pharynx der Vertebraten zu dem Ergebniss, dass der menschliche Embryo in seiner

Pharynxentwickelung alle bei den Wirbelthieren gefundenen Phasen durchmacht. — Einen abnormen Verlauf der Art. palat. ascendens demonstrirt Kiär (596), eine abnorme Pulsation im Pharynx H. Tilley (479), Herzfeld (228) zweifelt, ob das pulsirende Gefäss die Palat. ascendens oder eine Schlängelung der Carotis darstellt, Alexander (228) und Schötz (228) sahen häufig derartige Pharynxpulsationen. — Peyser (491) beschreibt eine Pharynxanomalie fötalen Ursprungs und ein wahrscheinliches Offenbleiben des Ductus cranio-pharyngeus. — H. Schlesinger (410) unterzieht die Bewegungsphänomene (mitgetheilte Pulsationen) in der Mund- und Rachenhöhle bei Insufficienz der Aortenklappen einer Besprechung.

Marage (252) fasst die Pharyngitis granulosa als Ausdruck arthritischer Disposition auf, er empfiehlt deshalb neben der localen eine Allgemeinbehandlung derselben. — Charles (251) erwähnt eine Form chronischer Hyperämie des Pharynx, welche er für pathognomonisch für Albuminurie oder Glykosurie ansieht. — Therapeutisch wendet Condie (252) die Schleimhautmassage nach vorheriger Cocainisirung bei chronischem Katarrh an. — Bei diabetischer Pharyngitis empfiehlt Verdos (251) einen Mentholspray und Jodlösungen, Freudenthal (250) eine Orthoformemulsion bei diabetischen Ulcerationen, die er in benigne und maligne eintheilt. — Derenberg (251) behandelt die Pharyngitis lateralis mit Elektrolyse.

Einen Fall von Pemphigus des Rachens und der Mundhöhle demonstrirt Alexander (491), Rosenberg (491) zeigt einen ähnlichen Fall.

Zwei Fälle primärer Pharynxtuberculose publicirt C. F. Theisen (223). — S. Bernheim (409) bespricht die bucco-pharyngeale Tuberculose, die primär oder secundär sein und alle Organe des Mundrachens befallen kann.

Syphilisfälle theilen Parmentier (251) und Potter (486) mit. — Compaired (409) empfiehlt bei perforirenden Geschwüren, bei Syphilis und Tabes Auskratzen und Cauterisation. — Ein Ulcus zweifelhafter Natur, das von Haviland Hall und Semon (475) für Lupus, von Spencer (475) für Lues gehalten wird und für dessen Diagnose Thomson (475) probatorische Tuberculininjection empfiehlt, demonstrirt Scanes Spicer (475), einen anderen zweifelhaften Fall Thomson (285).

E. E. Musson (225) berichtet über einen Granulationstumor des Pharynx, der mikroskopisch für Sarkom angesehen wurde, sich bakteriologisch aber als eine Rotzinfection unbekannter Ursache herausstellte, an welcher Patient zu Grunde ging. — Jelgersma (302) will 2 Fälle von Aktinomykose durch Jodkali geheilt haben. — Hannecart (255 und 441) sah in einem Falle multiple parapharyngeale Lipome. — Landgraf (492) demonstrirt eine aberrirende Struma im Pharynx. — W. Peyre Porcher (411) operirte Myxofibrome ungewöhnlicher Grösse durch den Mund. — Finder (587) zeigt mikroskopische Schnitte von einem primären Melanosarkom der hinteren Pharynxwand. — In einem Fall von Fauver (254) wurde das verknöcherte Lig. stylohyoideum als vermeintlicher Fremdkörper excidirt, bei Newbolt (254) kratzte die Patientin selbst das grosse Horn des Zungenbeins als Fremdkörper bloss. — L. Lack (483) extrahirte einen Messinggardinenring von $1^1/_2$ Zoll, der 8 Jahre lang im Rachen gesessen hatte, bei einem

9 jährigen Kinde, Frothingham (14) fand ein Trompetenmundstück oberhalb des Velums.

Stelwagen (202) beobachtete 2 mal hartnäckige Abschilferung der Lippen. — Dundas Grant (52) veröffentlicht einen Fall von wahrscheinlich secundärer Lippentuberculose. — Einen wahrscheinlich durch die Saugflasche aquirirten Schanker der Lippe bei einem 7 monatlichen Kinde beschreibt L. D. Buckley (11), einen solchen am rechten Mundwinkel Dufour (202). — Morestin (204) operirte ein recidivirendes Carcinom der Lippe und Wange.

B. Bernard (82) sah eine ulcero-membranöse Angina in der rechten Wange localisirt. — Knight (204) berichtet über eine wahrscheinlich syphilitische Ulceration der inneren Wangenfläche und des Alveolarfortsatzes. — Bérard (203) sah 2 harte Knoten am unteren Orbitalrand und am linken Wangenbein 19 Jahre nach der Operation eines Epithelioms des Nasenflügels.

G. T. Hankins (202) heilte eine Oberkieferfraktur durch Eröffnung des Antrum von der Fossa canina und Einrichtung des Fragmentes. — C. A. Hamann (405) operirte ein Spindelzellensarkom des Oberkiefers mit Erfolg. — Einen Fall von Kiefersarkom bei einem Knaben veröffentlicht van Engelen (203). — E. Lanphear (203) entfernte Oberkiefer, Muscheln, Gaumen, Vomer und Theile von Sieb- und Wangenbein wegen Osteosarkom, construirte einen Obturator und erzielte 8 Jahre Recidivfreiheit. — Ein Epitheliom der Wange und des Oberkiefers mit 4 Jahre andauernder Heilung operirte A. B. Johnson (203). — Kieferprothesen zeigt Moury (590), einen Apparat zum Ersatz des Gaumens, des Velum, der Nase und der Thränenwege Berger (202).

Einen Beitrag zur Extraction tief abgebrochener Wurzeln unter Beifügung anatomischer Bemerkungen über Kiefer und Zähne liefert Wolf (11). — Dresel (205) sah einen Fall von Peritonsillitis, der erst nach Extraction des Weisheitszahnes heilte. — Die Symptomatologie und Differentialdiagnose der Zahncysten bespricht F. C. Cobb (405), eine zahnhaltige Cyste des Oberkiefers beschreibt Berger (12).

Heuss (204) sah bei einem Manne auffallend reichliche Talgdrüsen der Mundschleimhaut. Nach seinen Untersuchungen handelte es sich um typische Talgdrüsenbildung aus einer primären Wucherung der Stachelschicht der Mundhöhlenschleimhaut. Die Pubertät spielt keine Rolle bei der Entstehung, eine praktische Bedeutung kommt diesen Bildungen nicht zu. — Suchannek (204) fand die Talgdrüsen am häufigsten in der interdentalen Wangenschleimhaut, ebenso wie Nicola und Ricca-Barberio (204), welche dies in einer Arbeit über die auf und zwischen den Buccinatorfasern gelegenen Schleimdrüsen erwähnen. — Ed. Toulouse und N. Vaschide (205) versuchen, die verschiedene Geschmacksempfindung im Munde zu localisiren, sie halten den Glossopharyngeus allein für den Geschmacksnerv. Geschmacksempfindungen an nicht von ihm versorgten Stellen erachten sie für Modalitäten tactiler Sensibilität. — Marian (13 und 304) hat experimentell nachgewiesen, dass das Velum Geschmacksempfindung besitzt, er führt dies auf den Glossopharyngeus zurück. — Eine diphtherieähnliche Stomatitis der Neugeborenen mit Ulcerationen in der Gaumenwölbung mit Strepto- oder Staphylokokkenbefund sah Brindeau (206) in 4 Fällen, eine

Streptokokkeninfection am Gaumen mit tödtlich verlaufendem Erysipel bei einem 5 Tage alten Kind Brindeau und Macé (206). — Die chirurgischen, durch Mundhöhleninfection entstandenen Störungen bei Kindern erörtert V. Pechère (206), Gastritis und „pyogene Zustände“ bezieht N. Hunter (206) in vielen Fällen auf cariöse Zähne. — Matzenauer (207) beobachtete häufig bei Frauen eine Stomatitis aphthosa gleichzeitig mit ähnlichen Processen an Vulva, Vagina und Portio. — Schultze (208) veröffentlicht einen Fall von Maul- und Klauenseuche beim Menschen. Da die Impfversuche negativ ausfielen, so ist die Diagnose nicht ganz sicher. — Daulos (207) sah einen Patienten mit Hydroa buccalis, die vollständig wie Syphilis aussah. — J. C. Munco (408) tritt für eine energische, event. chirurgische Behandlung schwerer Stomatitis ein. — Die Salivation bei Stomatitis mercurialis ist nach Lieven (185) reflectorisch erzeugt, er bespricht die Schleimhautblutungen bei dieser Affection und empfiehlt Chromsäure — ebenso wie Siredey (207) — mit nachfolgender Lapisätzung. — Schmithuisen (185) lenkt die Aufmerksamkeit auf mercurielle Erscheinungen im Pharynx, Hopmann (185) sah nie eine isolirte Pharynxargyrose, häufiger ein Befallensein von Wange und Zunge. — A. Lanz (207) empfiehlt Wasserstoffsuperoxyd bei Stomatitis mercurialis, Brunard (208) Oxygenwasser bei Stomacace. — Nach M. Lathé (205) ist die Infection des kindlichen Alters mit Saccharomyces albicans und eine besondere Beschaffenheit der Mundhöhle für das Zustandekommen des Soores nothwendig. — Mlle. Celse (12) beschreibt die Barlowsche Krankheit im Anschluss an einen selbstbeobachteten Fall. — Nach Fournier (409) kommt die Leukoplakia oris überwiegend beim männlichen Geschlecht in Folge von Tabak und Syphilis vor und geht in mehr als 30 pCt. der Fälle in Carcinom über, sie ist refractär gegen specifische Behandlung daher den parasyphilitischen Affectionen zuzurechnen. — Lieven (187) giebt an, dass bei Leukoplakia catarrh. stets der bei geöffnetem Munde zwischen den Zähnen sichtbare Theil der Wange afficirt sei. — W. L. Baum (12) theilt 5 Fälle von Syphilis in Folge unreiner zahnärztlicher Instrumente mit. — Eine Mycoidcyste in der Fossa canina beschreibt Thöle (302) — Gallet (208) verlor einen Patienten 8 Tage nach der Operation eines UEpithelioms des Mundbodens. — Die Mundpflege behandeln die Arbeiten von Greve (12), Escat (12), Witol (12 und 207). — Anweisungen und Recepte für die Mundpflege bei Typhus und anderen Infectionskrankheiten finden sich im Journ. Americ. Med. Assoc. (407) und bei Chantemesse Widal (407), bei secundärer Syphilis bei von Schrötter (407), Mundspülwasser bei Warren (408).

Berger (78) hat Ptyalin im Speichel Neugeborener nachgewiesen. — Pawlow (78) erlangte interessante Resultate über das Verhalten der Speichelsecretion bei Reizeinwirkung. — Hellat (110) bespricht die psychische Salivation, die zu sehr wesentlichen Störungen im Verdauungs- und Nervensystem, wahrscheinlich durch den Verlust dem Körper unentbehrlicher, noch unbekannter Elemente des Speichels führt. — Slowzow (78) hat nachgewiesen, dass das die Verbrennung von Eiweiss, Kohlehydraten und Fetten im Körper bei relativ niedriger Temperatur ermöglichende Ferment Oxydose bei vielen Thieren sicher, beim Menschen wahrscheinlich in der Parotis gebildet wird. — Hellat (78) ist der Ansicht, dass Stö-

rungen des Organismus durch den Verlust an Oxydose infolge von dauerndem Ausspeien herbeigeführt werden können, er bezeichnet diese Krankheit als Anoxydosis oder Aptyalia. — Einen Fall von Asialismus durch Atropingebrauch schildert Quintin (406) ausführlich.

Kleine runde Inseln lymphoiden Gewebes, die sich bei Leukaemie, Lymphadenie u. s. w. vergrössern, beschreibt Lefas (80) in der Submaxillaris. Morestin (81) demonstrirt einen aus dem Wharton'schen Gang spontan ausgestossenen Speichelstein. Lamay (31) exstirpirte dagegen die Submaxillaris eines Steines wegen. — Ein angioneurotisches Oedem der Speicheldrüsen mit zeitweise sehr reichlicher Speichelsecretion beschreibt J. E. Talley (406). — H. Baroz (80) sah 2 Fälle von Entzündung der Submaxillaris beim Neugeborenen, die letal endeten. L. Rénon und Latron (209) beobachteten eine isolirte Entzündung der Submaxillardrüsen bei Bleivergiftung. — Primäre Tuberculose der Submaxillaris beobachtete Arcoleo Eugenin (80), er weist nach, dass die Infection auf der Blut- oder Lymphbahn erfolgt, durch den Ausführungsgang nur bei unterdrückter Speichelsecretion. — Bouglé (210) operirte ein cystisches Adenom der Submaxillaris.

Bei einer 59jährigen Dame sah A. A. Hyman van der Bergh (3) die von Mikulicz beschriebene chronische, schmerzlose, doppelseitige, gutartige Schwellung der Parotis. Dieselbe heilte spontan, nachdem verschiedene Medicamente erfolglos geblieben waren. — Eine häufig recidivirende, wahrscheinlich durch Infection vom Ausführungsgang bedingte Parotitis theilt F. E. Ewing (406) mit. — Doppelseitige Parotitis bei Pneumonie sahen Warren Coleman (79), H. S. Anders (209) und J. A. Robinson (208), bei Jodkali Trautmann (3), bei Bleivergiftung André Petit (3), der eine aufsteigende Infection von der Wangenschleimhaut für ausgeschlossen erklärt, da Mund und Ductus Stenonianus gesund sind. — Zur Prophylaxe der Parotitis empfiehlt P. Caisse (3) Antisepsis der Mundhöhle. — Schede (209) weist auf eine Dilatation des Ductus Stenonianus mit parotitischen Symptomen bei Glasbläsern hin, welche er auf den Druck in der vorderen Mundhöhle beim Glasblasen bezieht. Da bei Bläsern der Druck im Pharynx ist, sind dieselben dieser Affection nicht ausgesetzt. — Baudet (406) unterscheidet oberflächliche subaponeurotische Lipome, tiefe subaponeurotische Lipome und intraglanduläre Lipome der Parotis. Ihre Grösse ist verschieden, bis Kindskopfgrösse, das Vorkommen hauptsächlich zwischen dem 40. und 50. Jahre. Sie sitzen meist links und wachsen langsam, diagnostisch müssen zunächst Cysten und Enchondrome ausgeschlossen werden.

Delore (81) beschreibt eine grosse Cyste des Mundbodens. Differentialdiagnostisch spricht eine Adhäsion am Zungenbein für eine Dermoidcyste. — André (81) sah eine bilaterale, intermittirende Ranula, die dem dilatirten Ductus Whartonianus ihren Ursprung verdankte. Steller (2) exstirpirte eine Ranula in toto vom Munde aus durch gleichzeitige Exstirpation der Submaxillaris.

Fälle von Uvula bifida veröffentlichen de Santi (52), L. S. Somers (210), Apert (15) mit seitlicher Hasenscharte; de Blois (327) sah ein in sagittaler Richtung gespaltenes Zäpfchen. — In einem wegen hartnäckiger Exulceration

amputirten Zäpfchen fand Baurowicz (15) nur Veränderungen der Epithelschicht. — A. Katz (367) sah einen Abscess an der Spitze der Uvula.

Nach Versuchen von Couvelaire und Crozon (13) ist der Verschluss des Pharynx absolut beim Schlucken, Saugen, angestrengten Pfeifen, unvollständig beim Husten, wechselnd bei der Phonation. — Thomson (285) erwähnt einen Fall von gespaltenem Velum, Gorsse (13) einen, in dem die Uvula in die Oberfläche des Velum eingebettet war. — W. Schwartz veröffentlicht 3 Fälle von angeborenen Spalten in den Gaumenbögen. — Die Versuche Lambert's (208), eine Fistel am vorderen Gaumenbogen zu schliessen, misslangen. — W. Wingrave (51) beschreibt eine Velumparese bei einem Syphilitischen, die sich unter Jod besserte, Havilland Hall (51) glaubt in diesem Fall an eine locale Neuritis. — Einen Primäraffect am Velum beobachtete Baudouin (14 und 303). — Eine Verwachsung des Velum mit der hinteren Rachenwand infolge von Pemphigus trennte Avellis (14), eine infolge von Lues von Khautz (15). — v. Navratil (497 und 597) beschreibt einen Fall von Verwachsung des Velum mit der Rachenwand bei gleichzeitiger Verwachsung des Zungengrundes mit derselben. — Updegrove (255) durchtrennte bei syphilitischer Stenose die Narbenstränge galvanokaustisch. — Ein grosses Fibrom des Velum sah Kayser (502), ein traumatisches Angiom Chambers (303), ein carcinöses Angiom Kayser (502), ein Endothelioma myxomatodes Cordes (14). von der Wiele (304) heilte durch Exstirpation und Tragen eines Obturators ein Myxosarkom des Gaumengewölbes. — B. Fränkel (582) zeigt eine Patientin mit einer Geschwulst am harten und weichen Gaumen, die weisse Einlagerungen und rothe gebuchtete Ränder zeigt. Mikroskopisch ist eine scharf gegen das Bindegewebe abgesetzte Epithelverdickung nachweisbar. — Lennhof (582) zeigt einen gestielten, weisslich gefleckten, papillären Tumor der Uvula. — Einen Verschlussapparat für den Nasenrachen und für eine ausgedehnte luische Perforation des Velum demonstrirte Guliker (304).

Seine Untersuchungen über die Formen des harten Gaumens und ihre Entstehung fasst Alkan (13) dahin zusammen, dass 1. Höhe und Breite des beim Neugeborenen kurzen harten Gaumens mit dem Alter langsam, die Länge schnell zunehmen, dass 2. bei adenoiden Vegetationen der Gaumen meist hoch, lang und schmal ist, dass 3. die Form von der Schädelform unabhängig ist, und 4. Anomalien der Zahnstellung als Folgen der abnormen Kiefer- und Gaumenform aufzufassen sind. — Dozy (208) beschreibt eine ulcerirende Affection des harten Gaumens bei einem Phthisiker. — Lieven (187) unterscheidet eine primäre, auf der Mundseite beginnende gummöse Nekrose des Palatum durum und eine secundäre von der Nase ausgehende. Er empfiehlt Entfernung des Sequesters, Verschluss des Defectes zunächst durch einen Wattebausch, später mittelst Prothese, nach 6 Monaten durch Operation. — Eine ausgedehnte Nekrose des Palatum durum, molle und des Alveolarfortsatzes beschreibt V. Klein (595). — Ein Epitheliom des harten Gaumens nach Leukoplakie heilte Baumgarten (498) operativ.

Eine enorm verlängerte Zunge, die starke Sprachstörungen machte, beschreibt

Girod (81). — Die Hyperkeratosis linguae besteht nach Goodale (83 und 306) in einer Vergrösserung der Papillen, rundzelliger Infiltration des Corium mit protoplasmatischer Reticulation, Entartung der Kerne und excessiver Keratinbildung im Epithel. Letzteres läuft an der Oberfläche in fadenförmige Fortsätze aus, in denen er ein characteristisches Bakterium fand. Der Zustand scheint primär eine Art Entzündung mit Alteration der Epithelzellen darzustellen. — Parmentier (305) sah einen Fall von schwarzer Zunge bei einem Syphilitiker, Maraval (306) bei einem Raucher. Bei diesem bestanden die gelben in der Gegend der Papillae circumvallatae gelegenen Flecke mikroskopisch aus dachziegelförmig um das Centrum gruppirten Epithelzellen. — 2 Fälle von Glossitis papillaris im Bereich der Papillae circumvallatae publicirt Steller (2), einen von acuter zur Tracheotomie führender Glossitis bei Skorbut und Purpura haemorrhagica Laudrian (81), einen von Glossitis mit oberflächlichen Geschwüren bei Typhus Thomson (82). — Morell Lavallée (82) hält den Lichen planus der Zunge für übertragbar. — Bei einem Tabischen stellte sich nach Werner (82) eine Gangrän der Zungenspitze in Folge von andauerndem auf die Zunge Beissen ein. — C. Lattes (84) beschreibt eine primäre Zungertuberculose. — Sladowski (580) demonstrirt ein oberflächliches Ulcus der Zunge, das er für ein tuberculös inficirtes syphilitisches anspricht, Finder (580) fordert zur Sicherung der Diagnose den Nachweis von Tuberkeln, Rosenberg (580) hält das Ulcus für syphilitisch. — Lieven (184) unterscheidet 3 Formen von Spätlues an der Zunge: die Glossitis gummosa circumscripta profunda, die Glossitis sclero-gummosa profunda und die Glossitis gummosa superficialis. In einem Fall sah L. eine Idiosynkrasie gegen Jod, Hopmann (184) machte eine ähnliche Beobachtung. — Casuistische Mittheilungen über Zungensyphilis machen v. Lénárt (54) und Jourdanet (83). Lavallée (83) weist auf die mögliche Verwechslung zwischen Antipyrinexanthem, Leukoplakie und Lichen planus der Zunge mit Plaques muqueuses hin. — Bei einem Patienten von H. L. Wagner (306) entwickelte sich eine Cyste auf dem Zungenrücken nach einer Fischgrätenverletzung. — Heymann (494) demonstrirt einen gestielten, äusserlich einem Papillom ähnlichen Tumor auf der Zunge, Lublinski (494) beobachtet einen derartigen Fall seit 20 Jahren, Treitel (494) sah ein Papillom der Zunge bei einem Kinde, in einem Falle von E. Meyer (494) wurde ein dem Heymann'schen Tumor ähnlicher, mikroskopisch als Papillom nachgewiesener Tumor exstirpirt, nach 2 Jahren kam Pat. mit einem grossen Carcinom der Zunge wieder. — Einen Fall, der als Carcinom operirt werden sollte, aber spontan heilte, theilt Ziem (84) mit. — Partielle Zungenexstirpationen wegen Carcinom theilen Fasquar Curtis (84) und Dauvergne (306) mit, Totalexstirpationen B. Fränkel (43) und Meisenbach (307); Renaud (85) besserte ein Zungencarcinom durch kakodylsaures Natron.

A. Katz (367) beobachtete einen Abscess an der Zungenbasis, die Symptome, Diagnose und Therapie dieser Krankheit erörtert Frothingham (305). Levy (304) bespricht die durch Hyperplasie der Zungentonsille bedingten Beschwerden und ihre Behandlung. — Diphtheroide Schleimhautplaques der Tonsilla linguae beschreibt Parmentier (305). — Secundär syphilitische Erscheinungen an der Zungenmandel berichtet H. Davis (485). — J. Heller (85) be-

trachtet die verschiedenen Formen der Syphilis der Zungenmandel, insbesondere die glatte Atrophie, welche Lublinski (84) nicht für pathognomonisch für überstandene Syphilis ansieht. — Eine accessorische Schilddrüse an der Zungenbasis sah Posthumus Meyjes (170) und J. Shadle (223), ein Fibrolipom E. Fletcher Ingals (181) und Woolen (181).

Theisen (337) berichtet über 3 Fälle von Angina epiglottidea anterior und über einen bei dieser Affection gefundenea Bacillus. Emil Mayer und Mackenzie (337) halten die Affection nicht für übermässig selten.

Rosenberg (231) erörtert die Anomalien der Vallecula bedingt durch anormale Form oder Insertion der Plicae glosso-epiglotticae media et laterales.

J. Kollmann (136) tritt für die mesodermale Herkunft der Tonsille ein. — Die morphologische Entwicklung der Tonsille des Hundes untersuchte Retterer (508). — H. Töpfer (136) fand Muskelfasern und Knorpel in der Tonsille. Erstere leitet er von den an die Mandeln herantretenden Muskeln, letztere vom Bindegewebe nicht von den Kiemenbögen ab. — S. V. Mangouby (509) schliesst aus Experimenten auf die Beziehung der Tonsillen zum Blut und ihre Bedeutung im Kampf gegen Infectionen vom Munde. — E. Aron (138) weist auf die zerklüftete Tonsille als Eingangspforte für Infectionen hin. — F. A. Packard (138), J. Ullmann (509) und J. J. Walsh (362) erörtern dieselbe Frage besonders für den Gelenkrheumatismus. — Nach Royce D. Fry (515) sind die Tonsillen ein retrogrades Organ ohne Function! — Arbeiten über den Tonsillenring haben D. J. Vail (136), F. M. Archibald (138) und D. H. Jronbridge (139) veröffentlicht. — Cesare Minervi (508) empfiehlt die äussere Palpation der Tonsillarregion, aus der Schwellung der Gland. tons. infer. schliesst er auf eine Mandelentzündung. — 1 Fall von Mandelstein demonstrirt Noquet (592). Seine Erfahrungen über die Hyperplasie der Gaumen- und Rachentonsillen fasst Cuvellier (512) zusammen. Haemophilie ist nach ihm die einzige Contraindication gegen die Operation der adenoiden Vegetationen. — Hopkins (180 erwähnt das Wiederwachsen der Tonsillen nach der Excision. Farlow, Newcomb, Woolen, Braden Kyle und Makuen (180, 181) betheiligten sich an der Discussion. — Brindel und Raoult (512) theilen die Ulceration der Tonsillen in 1. primäre (ulcerative lacunäre Angina, pseudodiphtherica, gangraenosa, ulceromembranosa etc.), 2. secundäre bei Infectionskrankheiten (Diphtherie, Typhus, Exantheme, Tuberculose), 3. symptomatische (Lupus, Syphilis, Scrophulose), 4. bei malignen Tumoren. — R. Martin (134) weist auf den Zusammenhang zwischen Menstruation und Angina hin. — Die Bedeutung der Angina für Polyarthritis und Purpura rheumatica heben Bruck (134, 362 und 453) und Woloshinsky (134) hervor, Roeger (135) constatirte unter 24 Fällen herpesartiger Tonsillenerkrankung 13 mal Herzgeräusche, die zum Theil persistirten, bei 20 pCt. der Angina constatirte er gleichfalls Herzgeräusche. — Variot und Delair (362) veröffentlichen eine Studie über Scharlachangina. — Zusammenfassende Arbeiten über die Tonsillitis veröffentlichen: Duval (510), Thrailkill (138), Gladmore (138), Detwiler (454), Oppenheim (454) und T. A. Abraham (454). — Joseph Abraham (452) räth, jeden Anginafall zu isoliren und bei Angina habitualis die Tonsillotomie zu machen. — 4 Fälle diphtherieähnlicher Rachenentzündung theilt Fr. Villy (364) mit, welche sich klinisch,

bakteriologisch und therapeutisch von der echten Diphtherie unterscheiden. — Epstein (140) beobachtete 5 Fälle von Tonsillitis chron. leptothricia bei Kindern, welche sich durch ihren chronischen Verlauf auszeichnet. — P. Hellat und Ucke (141) führen Tonsillitiden, bei denen neben Concrementen Schwellung und Röthung der Tonsille und ihrer vorderen Kapsel bei chronischem Verlauf und beständigem Wechsel der Symptome besteht, auf eine Streptothrixinfection zurück, gegen die sie Jodtinctur empfehlen. — Als häufige Complicationen der Angina bespricht W. Philipps (452) die Schwellung oberflächlicher Cervicaldrüsen, die tiefen Cervicaldrüsen schwellen nur bei Influenza-Angina; Kretz (452) eine Phlegmone des Proc. vermiformis durch verschlucktes Sputum, Tesseyré (363) Orchitis, Noltenius (135 und 363) eine tödtliche Septicaemie. — Alexander C. Howe (142) beschreibt einen Fall von Gangrän der linken Tonsille, welche heilte. Nach 3 Monaten Nasenbluten, Gangrän in der Nase und Tod in Folge von Septicopyämie. Marian (366), Athanasin (366), Depuy (366) und Letulle (453) publiciren Fälle Vincentscher Angina. — J. Warry (363) weist auf den Zusammenhang septischer Angina mit inficirter Milch hin. — Die acuten eitrigen Processse in den Tonsillen bespricht Goodale (176). — Die Peritonsillitis im Kindesalter erörtert Royster (514), im Zusammenhang mit Diphtherie Th. Hubbard (177), mit Scharlach Kronenberg (252). — Eine profuse Blutung nach spontanem Durchbruch einer Peritonsillitis sah Schmiegelow (594); die Blutung stand nach einigen Stunden, ein Aneurysma der Carotis externa nach Tonsillarabscess, das durch Unterbindung der Carotis communis heilte, Wulff (140). — Jundell und Svensson (453) heilten einen Fall chronischer Peritonsillitis, die durch den Fränkelschen Pneumococcus hervorgerufen war. — Peritonsillitis resp. Phlegmone pharyngis mit tödtlichem Ausgang beschreiben: Sörensen (136 und 454), Jacoby (136), E. H. Cole (140), M. R. Ward (176) [2 Fälle septischer Phlebitis mit Thrombose der Iugularis interna], Schmiegelow (594), Morestin (252), Lombard und Caboche (253). — Leland (177) hält die gründliche Discision für die beste Methode bei Peritonsillitis, Pierce (514) empfiehlt die Eröffnung des Abscesses von der Fossa supratonsillaris mit besonderen Messern. — Die Bakteriologie der Angina hat zahlreiche Bearbeiter gefunden, Bezançon und Griffon (365 und 451) fanden Streptokokken, Bacillus fusiformis, Micrococcus tetragenus, Pneumobacillen. Die Agglutination ergab 10 mal eine positive Reaction; die Bedeutung des Pneumococcus für Angina erwähnen Class (138), Ménétrier (365) [Todesfall], Jundell und Svensson (453) [chronische Phlegmone nach Angina]. — Emil Mayer (329, 363 und 364) fand den Friedländerschen Bacillus. — Es fanden: Strepto- und Staphylokokken bei Säuglingen sehr selten den Diphtheriebacillus Koplik (452), Streptococcus und Mikrococcus der Sputumsepticaemie Bissell (366), Leptothrix Epstein (140), Streptothrix Hellat und Ucke (141), 7 mal bei 16 Leichen einen Bacillus dem Diphtheriebacillus ähnlich, sich färbend wie der Tuberkelbacillus Marzinowski (509). — Die Bedeutung des Löfflerschen Bacillus für die Angina betont Nardö (451) trotz negativen Befundes bei einem einschlägigen Fall. Bissell (366) weist darauf hin, dass Oidium albicans Membranen wie der Klebs-Löfflersche Bacillus hervor-

rufen kann, die sich nur bakteriologisch unterscheiden lassen. — In einer Pseudomembran der Tonsille fand C. F. Craig (142) ein Spirillum, L. Harmer (144 und 515) in einem Exsudat nach Tonsillotomie Fibrin, Leukocyten, nekrotisches Gewebe und hauptsächlich Kokken, gelegentlich den Diphtherie- oder Pseudodiphtheriebacillus. — Die Spirochaeten und Bacilli fusiformes hält Letulle (365) nicht für die Erreger der Vincentschen Angina, Marian (366), Athanasin (366) und Deguy (366) haben dieselben in ihren Fällen nachgewiesen. — Ein schlankes Stäbchen bei einem acut entstandenen Ulcus tonsillae (Moure) fand Wingrave (51). — Maragliano (510) wendet sich gegen den von F. Meyer, Menzer und Wassermann aus den Tonsillen isolirten Streptococcus als Erreger des Gelenkrheumatismus. — Bei Peritonsillitis fand Sörensen (454) Kokken, Streptokokken, Pneumokokken, Diphtheriebacillen und kurze Stäbchen.

Einen Fall galvanokaustisch geheilter Mycose der Gaumen- und Zungentonsille theilt Waxham (512) mit. —

F. Baupp (511) unterscheidet 3 Formen von Tuberculose der Tonsillen: 1. isolirte und Gruppentuberkel, mehr weniger käsig, umgeben von wenig verändertem lymphoidem Gewebe, 2. diffuse Infiltration und 3. eine sklerotische Form, er fand unter 48 Fällen einmal Tuberculose. — Labbé und Levi-Sirugue (511) besprechen die Form, die Art der Infection, Symptome, Differentialdiagnose und Therapie der Tonsillartuberculose. — Réthi (511) erörtert den Infectionsmodus bei latenter Tonsillartuberculose und weist auf die mögliche Verbreitung besonders auf Lunge und Meningen und empfiehlt die völlige Entfernung der Tonsillen. — Comba (254) berichtet über 3 Fälle von subacuter Tuberculose; im Kindesalter sind als Verbreitungsweg die Blut- und Lymphbahn zu betrachten, da Kinder kein Sputum expectoriren, Finder (254) glaubt, dass alte, latente, im lymphatischen Apparat der Mundhöhle befindliche Herde wieder aufleben. — F. F. Friedmann (137) kommt zu dem Resultat, dass Tonsillartuberculose im Kindesalter meist nicht secundär, sondern primär durch Nahrungs-, äusserst selten durch Inhalationsinfection zu Stande kommt. — v. Scheibner (137) fand unter 60 Tonsillen 4mal, Theisen (223) unter 12 Tonsillen und 23 adenoiden Wucherungen 2mal wahrscheinlich primäre Tuberculose. — J. Wright (132) ist der Ansicht, dass man sich auf die meisten Statistiken über die Häufigkeit der tuberculösen Infection des lymphatischen Rachenringes nicht stützen kann. — Tantussi (510) versuchte die Frage der Tuberculose der Tonsillen dadurch zu lösen, dass er nach Desinfection der Mundhöhle exstirpirte Mandeln Meerschweinchen inoculirte. Keines der Impfthiere ging an Tuberculose zu Grunde. —

W. L. Baum (12) beschreibt einen Primärafffect nach Tonsillotomie, Hansen (512) einen unbekannter Herkunft, Dundas Grant (489) einen zweifelhaften bei einer Frau, deren Mann Lues der Zunge hatte. —

Einen aus lymphoidem und Bindegewebe bestehenden, 2,4 cm langen, 1,2 cm breiten, 1 cm dicken Tumor der rechten Tonsille operirte Clark (142), einen Tumor fibrosus der linken Buhl (595), ein Fibroma teleangiectodes Prota (513). — Einen Fall von gestielter Tonsille, den Havilland Hall, Fitzgerald Powell und Jobson Horne (490) für ein Papillom ansprechen, theilt Herbert

Tilley (490) mit. — Eine theilweise lipomatöse accessorische Tonsille demonstrirt Polyak (56), ein Lipom der linken Mandel T. Amory de Blois (177), ein papillomatöses Angiom und ein gefässreiches Fibrom Martuscelli (513). —

Casuistische Mittheilungen von Tonsillarsarcomen liegen vor von Moses (143), C. R. Porter (143), Morestin (513), Syme (514) und Gallet (411). Chauveau (121) beschreibt einen Fall symptomatischer Leukocytämie bei Lymphosarcom der Tonsillen, Wegstein (513) ein Lymphosarkom bei einem 72 Jahre alten Mann. —

Ein primäres Carcinom der Mandel beobachtete Ingersoll (143) und Montenyohl (514), Sporleder (502) sah ein Tonsillarcarcinom mit Blutungen. —

Parker (144) macht die Tonsillotomie mit dem Mackenzie'schen Tonsillotom. Coulter (223) empfiehlt die galvanokaustische Tonsillectomie, Fry (515) ist für die unblutige Enucleation der Tonsille. — G. B. Hope (144) sah nach Tonsillotomie mit dem Mackenzie'schen Tonsillotom eine sehr heftige arterielle Blutung, die zum Stehen kam. —

Most (412) fand durch die Gerota'sche Methode constante, für die Localisation des retropharyngealen Drüsenabscesses wichtige Glandulae pharyng. laterales, welche mit den tiefen cervicalen Drüsen und ihrem Lymphgebiet durch zahlreiche Anastomosen communiciren. — Die Aetiologie des Retropharyngealabscesses erörtert Ward (253), die Behandlung (Incision hinter der Jugularis int.) Schmidt (253 u. 412), zwei Fälle Archambold (253). — Vignard (412) operirte einen Peripharyngealabscess bei einem Alkoholisten mit Localisation des Eiters in der subhyoidealen Region zwischen Trachea und den grossen Halsgefässen. —

Die Operationen der Hasenscharte und Gaumenspalte behandelt van Schaick (11). Mills (202) empfiehlt frühzeitige Operation der Hasenscharte. — Sick (12) machte die temporäre Resection des Oberkiefers nach Partsch zwecks Exstirpation ausgedehnter myxomatöser Degenerationen der Nasenschleimhaut. Die laterale Pharyngectomie bespricht Vallas (255 u. 411) und Goris (307). — Auf interthyromaxillarem Wege operirte Gollet (255) ein Mandelrachenmyxosarcom. Dejardin und Gulikers (303) geben eine neue Operationsmethode bei Fisteln des Ductus Stenonianus an. —

Buys (253) stellt einen Fall von wahrscheinlich beginnender Pott'scher Krankheit mit Erstickungsanfällen in Folge von Kehlkopfdilatorenlähmung vor. —

Instrumente: Tonsillotom: Klein (144), Excisionszange für Tonsillen: Ruault (122), scheerenförmiges Tonsillotom: d'Ajutolo (122), Tonsillenzange: Tilley (515), Tonsillenguillotine: Aitken (515), Zungentonsillenscheere: Morrison (305), Holzspatel und -stäbchen: Brüggemann (85), Tamponträger: Joseph (584), Accumulator: Cheval (592), Inhalator: Moure (122), Zungenspatel und Galvanokautergriff mit Rheostat: Courtade (122).

Bei den Medicamenten handelt es sich nur um wiederholte Empfehlung schon lange im Gebrauch befindlicher, eine Aufzählung ist daher unnöthig.

E. Meyer.

D. Diphtheritis und Croup.

Westbroock (145) unterscheidet 3 Gruppen von Diphtheriebacillen; die der ersten enthalten färbbare Granula; die zweite enthält gitterartige Formen, die dritte umfasst die ganz färbbaren Bacillen. — Nach Lambotte (145) ist die Agglutinationsreaction noch nicht für die Diagnose des Diphtheriebacillus zu verwerthen, da alle diphtherischen und pseudodiphtherischen Bacillen in dieser Beziehung ein gleiches Verhalten zeigen. — Park (372) bemühte sich die wirksame Substanz des Antitoxins von den schädlichen Nebenwirkungen, die durch die Injection bes Blutserums bedingt werden, zu trennen. Bei diesen Versuchen fand er das Antitoxin an das Blut-Globulin geknüpft; aber auch an der isolirten Globuline scheinen die schädlichen Wirkungen des Serums zu haften. — Ueber die grössere oder geringere Brauchbarkeit der verschiedenen Nährböden handeln die Arbeiten von Nicolas und Arloing (15) und Golowkow (16). — Sharp (256) hat die diphtherieähnlichen Erkrankungen der Hühner, Darre oder Roup genannt, untersucht und fand 2 Formen dieser Erkrankung: eine trockne gutartige, ohne Lähmungen verlaufende Form von lebhafter Contagiosität und den feuchten Roup, der in seiner Malignität der Diphtherie und dem Croup entspricht. Beide Formen des Roup haben aber wahrscheinlich mit der echten Diphtherie der Vögel nichts zu thun.

Ueber eine ganz eigenartige Entdeckung berichten Neisser und Kahnert (414). Diese fanden bei 5 Patienten, die an Rhinitis atrophicans unter Betheiligung des Rachens und des Kehlkopfes litten, im Nasensecret Diphtheriebacillen; mit dem Blute konnte eine antitoxische Reaction erzielt werden. — Hopf (516) fand bei 70 pCt. derjenigen Leute, die ihre an Diphtherie oder Angina erkrankten Angehörigen pflegten, Diphtheriebacillen im Rachen, ohne dass dieselben Krankheitserscheinungen hervorriefen. Je schlechter die Wohnungsverhältnisse, desto verbreiteter die Bacillen, die meist von schwacher, manchmal aber auch von sehr starker Virulenz waren. — Zu ganz entsprechenden Resultaten führten die Untersuchungen von Park (146), Denny (210, 564), Kober (256), Winters (565), Koester, Mc. Kollon (516—518). Ueberall werden die Gefahren für das Pflegepersonal hervorgehoben, die unter ungünstigen hygienischen Verhältnissen besonders gross sind. — Trevelyan (85) berichtet über mehrere Fälle von diphtherischer Stomatitis; die Ulcerationen fanden sich an verschiedenen Stellen der Mundschleimhaut, es fanden sich immer Löffler'sche Bacillen.

Aus den Kreisen der Praktiker wird gegen die Identität von Diphtherie und Croup immer noch Einwand erhoben, so von Bernhard (18) und Worthington (18), der die Differenz in der Contagiosität und der Prognose hervorhebt. Dahingegen treten für die Einheitlichkeit beider Affectionen ein Hilbert (86) und Symes (257, 368), der letztere giebt der Meinung Ausdruck, dass eine wirkliche, eigenartige Crouperkrankung nicht existirt. Entweder handelt es sich um echte Diphtherie, oder die Croup-Symptome werden durch andere Erkrankungen ausgelöst; deshalb empfiehlt er in zweifelhaften Fällen von Croup ebenso wie Ricci (259) immer Heilserum. — Als charakteristisch für die toxische Form der Diphtherie

bezeichnet Biernacki (17, 258) auffällige Blässe, weichen kleinen und unregelmässigen Puls, Abgeschlagenheit, Jactation, Verdunklung des Blickes, Verringerung der Urinmenge, schliesslich subnormale Temperatur. — Auch abgeschwächte Diphtheriekeime sind nach Coriveaud (414) im Stande, auf neuem Boden die allerheftigsten Erkrankungen auszulösen. — Girard und Guillain (211) konnten sich nicht davon überzeugen, dass die hämorrhagische Pankreatitis bei tödtlichen Diphtheriefällen, wie behauptet wird, eine charakteristische Rolle spielt. — Biggs (413) glaubt in der Milchversorgung der einzelnen Familien einen der Verbreitungswege der Diphtherie aufgedeckt zu haben. — Schoedel (565) macht auf die Gefahren aufmerksam, die die Dejectionen Diphtheriekranker für ihre Umgebung in sich tragen. — Ueber die Combination von Diphtherie mit Masern und Scharlach handeln die Arbeiten von Potechin (17) und Fulton (18). Die Prognose wird durch ein derartiges Zusammentreffen immer ungünstig beeinflusst. — Viollet (307) sah eine Nasendiphtherie vergesellschaftet mit einem Herpes zoster im Ulnarisgebiet.

Ueber günstige Erfolge durch die Intubation berichten West (148), Quadflieg (456). — Egidi (213) hat 5 Säuglinge im Alter von 8—11 Monaten intubirt; die Tubage wurde bis zum 11. Tage fortgesetzt. Zur Ernährung wurde Liebig'sches Fleischextract verwendet. — Violett (214) lässt die Tubage nicht nur im Hospital, sondern auch im Hause zu, wenn einigermassen für Ueberwachung gesorgt ist. — Auch Roud (456) wünscht überall dort, wo die Verhältnisse für die Tracheotomie etwas schwierig liegen, diese wenigstens durch die vorläufige Intubation zu ersetzen und ebenso kam Trumpp (457) auf Grund einer Sammelforschung zu dem Resultate, dass die Tubage dem Praktiker ebenso gute Erfolge liefert wie dem Kliniker und der Tracheotomie in vielen Fällen vorzuziehen sei.

Auch in diesen Jahre sind von allen Seiten fast nur günstige Resultate über das Heilserum eingelaufen; wir heben hervor: Raczinski — Krakau — (16); Smith — Amerika — (16); Coughein (19); Jakubowski — Krakau — (20); Swiezinski — Wilno — (21); Michael — Ilmenau — (87); Jefferis Turner — Australien — (87); Park — Philadelphia — (87); Zollikofer — Bern — (147); Rosenthal (213) sammelte die Urtheile von mehr als 400 Aerzten, die einstimmig günstig ausfielen; Cobbett, Barker (309); Brunnan, Berg (370. 371) und Broeckaert (590). — Skeptisch verhalten sich immer noch Herman (20), Winters, Herman und Rupp (371). — Die Immunisirung wird als vielversprechende Methode von verschiedenen Seiten empfohlen, so von Billings, Kraus (19), Sowder (20), Hake (309). Uebereinstimmend wird darauf hingewiesen, dass es nothwendig sei, die einzuspritzenden Dosen nicht zu schwach zu nehmen und in bestimmten Zwischenräumen zu wiederholen. — Rupp (87) hingegen findet, dass die Hoffnungen, die sich an diese Methode geknüpft haben, nicht erfüllt worden seien.

Ransom (308) und ebenso Matchevariani (456) glauben, dass die postdiphtherischen Lähmungen trotz, niemals aber wegen des Antitoxins auftreten. — Meyers (415) bringt eine statistische Zusammenstellung über 275 postdiphtherische Lähmungen, Borchmann (455) eine solche über 107 Fälle von Complicationen.

— Benjamin (211) empfiehlt aufs Wärmste die Behandlung der Diphtherie durch Eisenchloridtinctur: bei drohender Herzschwäche räth Loslett (516) dringend zu Salzinfusionen. A. Kuttner.

E. Kehlkopf und Luftröhre.

Most (310) fand in der Kehlkopfschleimhaut ein Lymphgefässgebiet oberhalb und eines unterhalb der Stimmlippen; das erstere steht in Verbindung mit den tiefen, cervicalen Lymphgefässen, das letztere mit den prälaryngealen und prätrachealen Lymphdrüsen. An der hinteren Larynxwand communiciren beide Gefässsysteme mit einander. — Gerlach (88) hat durch die Metallausgussmethode festzustellen versucht, in welcher Weise das Cavum laryngis durch die Thätigkeit der verschiedenen Muskelgruppen beeinflusst wird. — Zuckerkandl (32) hat den Kehlkopf eines Sängers untersucht und fand eine besonders scharfe Ausbildung aller Theile, woraus er auf eine Correlation zwischen Leistung und Form des Kehlkopfes schliesst. — Von der Architectur des ossificirten Kehlkopfes beim Mann, beim Weibe und beim Eunuchen und Hermaphroditen handelt ein Vortrag von Scheier (121, 585, 588). — Ueber Varietäten und Anomalien der Valleculae und des Sinus pyriformes berichtet A. Rosenberg (214). — E. Meyer (580) demonstrirt mehrere Luftsäcke bei Affenkehlköpfen. — Als angeborene Bildungsanomalien werden demonstrirt eine Trachealfistel bei einem 14jährigen Jungen von Dworetzki (99) und eine Larynxfistel von Schmiegelow (276).

Kuttner und Katzenstein (28) haben auf Grund experimenteller Untersuchungen die bisher gültige Theorie über die Betheiligung der Kehlkopfmusculatur an der Athmung in Frage gestellt. Während man bis dahin annahm, dass bei der ruhigen Athmung nur die Abductoren in Thätigkeit sind, kommen die genannten Autoren zu dem Schluss, dass während der Athmung stets Erweiterer und Verengerer gleichzeitig innervirt sind, und dass die jeweilige Stellung der Stimmlippen aus dem Gegenspiel beider Muskelgruppen resultirt. Des Weiteren bemühen sich die Autoren, den Nachweis zu erbringen, dass nach Ausschaltung der Mm. postici noch eine active Abduction der Stimmlippen möglich sei. — Theisen (337) bezeichnet als „Angina epiglottidea anterior" eine acute Form der Laryngitis, welche sich besonders an der Epiglottis einstellt. — Leichtenstern (150) macht darauf aufmerksam, dass auch der Diabetes gelegentlich Erscheinungen von Seiten des Kehlkopfes veranlasst. Es handelt sich dabei entweder um eine Austrocknung, die in Folge einer pathologischen Secretion auftritt oder um Furunkelbildung. — Zur Vorsicht mahnt eine Mittheilung Butlin's (488), der eine schwere, die Tracheotomie veranlassende Perichondritis des Kehlkopfes beobachtete, die durch eine im Oesophagus liegende Dauersonde veranlasst war. — Als differentialdiagnostisches Zeichen für die Gelenkentzündungen des Kehlkopfes bezeichnet Escat (121) a) eine vorausgegangene oder gleichzeitige Angina catarrh. acuta, b) Hyperämie des Kehlkopfes, c) Fieber, d) arthritische Erscheinungen in anderen Gelenken. — Guyot (316), Mathews

(316), Caillé (317) berichten über Fälle, in denen verkäste Bronchialdrüsen plötzlich in die Trachea des einen Bronchus durchbrachen und so zu plötzlichem Exitus führten. — Davies (317) empfiehlt zur Behandlung chronischer Bronchitis die Benutzung des Ipecacuanha-Sprays. — Ueber letal verlaufene Fälle von acuten Larynxphlegmonen — Laryng. submuc. phlegmon. — berichten Lombard und Caboche (311), Trofimow (519). — Petersen (312) beschreibt zwei Fälle von chronisch-submucöser Laryngitis, bei denen hochgradige Verdickungen im Larynxinnern bestanden, während Nase und Nasenrachenraum normal waren. In beiden Fällen fehlten die Atherombacillen und Mikulicz'schen Körperchen, weshalb P. derartige Fälle als einen Folgezustand des chronischen Katarrhs und nicht für Sklerom ansieht. — Auch v. Navratil (497) hält, wie aus seinen Mittheilungen und Demonstrationen hervorgeht, an einer principiellen Scheidung zwischen Sklerom und Chordit. hypertr. inf. fest. — Mit der Classificirung und der Therapie der verschiedenen Formen von Larynxödem beschäftigen sich die Arbeiten von Gibb (518) und Lubet-Barbon (519). — Fein (520) und Lublinski (521) empfehlen zur Behandlung der Pachydermie und der Leukoplacia oris Salicylsäure. — Casuistische Beiträge für die Pachydermie lieferten Charles Parker (476) und E. Baumgarten (497). — Eine Besprechung der neueren Behandlungsmethoden des Keuchhustens fand im Verein deutscher Aerzte zu Prag statt. Fischl (23) hat Tussol, Euchinin und Lactophenin intern, Antitussin als Einreibung verabreicht. Nach all den genannten Mitteln sah F. eine Abschwächung der Anfälle, niemals aber eine specifische Wirkung. Altschul rühmte in der Discussion das Terpentinhydrat als verlässliches Mittel. — Godson (419) empfiehlt Creosotinhalationen, Wiltse (418, 419) die 4stündige Injection einer $^1/_3$ proc. Resorcinlösung. — Raudnitz (22) empfiehlt gegen Pertussis Schwingungen, ähnlich den Schultze'schen Schwingungen, vorzunehmen. Dort, wo dieses anscheinend etwas heroische Mittel nicht durchführbar ist, lässt er das Sylvester'sche Verfahren anwenden. — O'Dwyer (23, 261) glaubt, dass in schweren Fällen von Keuchhusten die Tubage, zu der er in diesen Fällen die Hartgummicanüle benutzt, von gutem Erfolge sein könnte, weil dadurch das quälende Erstickungsgefühl hintenangehalten wird. Bei 3 Fällen, in denen der Keuchhusten mit Larynxdiphtherie combinirt war, sah er von der Tubage günstigen Erfolg. — White und Kyle (263) beobachteten bei Erwachsenen Keuchhusten, bei denen bei jedem Hustenanfall Athemnoth und Bewusstlosigkeit eintrat. — Pottiez (260) will zwei dem Keuchhusten eigenartige Mikroorganismen entdeckt haben. — Arnheim (418) bestätigt die Befunde von Czaplewski und Hensel und sieht den von diesen Autoren beschriebenen Bacillus für die typische Toxe des Keuchhustens an. — Unter Balue'schem Husten (260) versteht man paroxysmenartig auftretende Hustenattacken bei Kindern, die anscheinend durch pharyngeale oder nasopharyngeale Erkrankungen ausgelöst werden. — Forchheimer (418) beschreibt eine der Pertussis ähnliche Hustenform, die sich bei Influenza einstellt. S. 418 wird darauf hingewiesen, dass an Stelle der Hustenanfälle bei der Pertussis sich gelegentlich Erbrechen und Niesattacken einstellen. Jede dieser Erscheinungen ist als Spasmus aufzufassen, der durch die Toxine des typischen Bacillus ausgelöst wird. — Ueber asthmatische Anfälle, die durch Laryngitis ausgelöst

werden, berichtet Glasgow (259). — Valin (419) sah einen bei allgemeiner Arteriosklerose an Insufficientia renalis leidenden Kranken, bei dem jede Störung der Nierenthätigkeit von laryngospastischen Anfällen begleitet war.

Stamm (24) und Teixeira de Mattos (24) berichten über je 2 Fälle von chronischem Stridor bei Säuglingen; in allen 4 Fällen trat innerhalb einiger Monate Spontanheilung ein. Ob eine Vergrösserung der Thymus vorlag, konnte nicht nachgewiesen werden. — Drei ähnliche Fälle werden mitgetheilt von Strehelbitzki (263), Variot und Mark Hadour, Thomson und Turner (420). — Davis (261) beobachtete 4mal bei Masern auf der Höhe des Exanthems laryngospastische Anfälle, die den Kranken ein schweres Erstickungsgefühl verursachten und durch Morphium unterdrückt wurden. — Fischbein (421) nimmt an, dass der Stimmritzenkrampf durch Autointoxication vom Intestinaltractus ausgelöst wird; dem entsprechend gab er Calomel und sah davon gute Erfolge.

Moncorgé (26) fand bei 19 Patienten, die an Ictus laryngis litten, 18mal asthmatische Störungen; er hält den Ictus laryngis für eine Nebenerscheinung des Asthma.

Onodi (25) hat das Krankheitsbild der Chorea laryngis einer Bearbeitung unterzogen. Er fand choreaartige Bewegungen der Stimmlippen mit und ohne allgemeine Choreastörungen. Er räth den Namen Chorea laryngis fallen zu lassen; dort, wo allgemeine Chorea vorliegt, steht die Störung der Kehlkopfmusculatur in derselben Linie wie die der anderen Muskelgruppen. Dort, wo allgemeine Störungen fehlen, spricht er nur von choreiformen Bewegungen der Stimmlippen. Für die verschiedenen Formen von nervösem oder reflectorischem Husten ist dieser Name nicht zulässig.

Opp (26) hat aus der Gerhard'schen Klinik 28 Fälle von hysterischer Aphonie zusammengestellt; 4 von diesen betrafen Männer. Immer waren die Adductoren ausschliesslich befallen; es bestanden Sensibilitätsstörungen im Rachen und Kehlkopf. Die elektrische und reflectorische Erregbarkeit der Kehlkopfmuskeln war erhalten. In 5 Fällen war die Lähmung mehr einseitig. — Weitere Mittheilungen über hysterische Störungen des Kehlkopfes bringen Bloch (26), Channeau, Herrmann, Chauveau (262—263), Pegler (282).

Eine eingehende Verhandlung über die Larynxphthise brachte der V. italien. Congr. f. Laryng. (430), die von Massei eingeleitet wurde. So werthvoll auch die Erfahrungen sind, über die die einzelnen Redner berichteten, neue Gesichtspunkte wurden nicht zu Tage gefördert. — Die verschiedenen Formen der neoplastischen Tuberculose sind Gegenstand einer Arbeit von Jouane (314); er unterscheidet 4 Formen. Er betont die schleichende Art ihres Anfanges und Verlaufes und befürwortet die chirurgische Behandlung. — Bernheim (111) bespricht die verschiedenen Erscheinungsformen der Larynxtuberculose und räth zu einer möglichst frühzeitigen chirurgischen Behandlung. In einer weiteren Arbeit (152, 314) behandelt er eingehend die Wahrscheinlichkeit der primären Larynxphthise. — Masucci (432) fand unter 198 Larynxphthisen 25 Fälle, die er als primäre Larynxerkrankung ansprechen möchte; weitere Fälle von primärer Kehlkopftuberculose berichten Porteous (522), Senesse (523), Gleitsmann (523). — Die Therapie der Larynxtuberculose ist Gegenstand zahlreicher, theilweise recht

widerspruchsvoller Mittheilungen. Wir heben hervor die Arbeiten von Lorenz, Sendziak, Grazzi, Imhofer, Genta (153—154). — Cohen (315) unterscheidet 3 Stadien der Larynxtuberculose; nur im ersten, wo es sich um circumscripte Herde handelt, glaubt er an eine dauernde Heilung. — J. Wright (313) sieht in der chirurgischen Behandlung der Kehlkopftuberculose nur eine Palliativmethode, da er eine dauernde Heilung durch dieselbe nicht gesehen hat. — Weit günstigere Resultate meldet Lénárt (53); eine lehrreiche Statistik hierüber veröffentlicht Lubliner (154). — Pieniazek (155) bespricht die Chancen der Laryngofissur. — Freudenthal (523) verzichtet auf die Milchsäure, die er als zu schmerzhaft bezeichnet. — v. Stein (153, 315) rühmt das Phenosalyl (3 bis 5 pCt. in Glycerin), Fasano (155, 413) das Thiocol, Grönbeck (277) das im vorigen Jahre von Baumgarten empfohlene Sulphoricinphenolnatrium (30 pCt.), Grazzi (432) das Peronin (1 pCt.) als Anaestheticum, Coulton und Vacher (522) das Guajacol. — Ferreri und Rosati (431) sehen in den Lungenheilstätten keine wirksame Waffe gegen die Tuberculose.

Ueber syphilitische Ulcerationen in der Trachea berichtet Walker Downie (171). — Röhr (494) demonstrirte 2 Kinder von 13 bez. 11 Jahren mit den Anzeichen der Lues hereditaria tarda im Kehlkopf und Rachen, Mund- und Nasenhöhle.

Zwillinger (53) demonstrirt eine Patientin mit einer ausgedehnten Membran im Kehlkopf, die durch einen Selbstmordversuch veranlasst worden. — Pieniazek (98) berichtet über die Behandlungsmethode, die er bei Trachealstenosen anwendet. — Boulay (111) konnte eine Larynxstenose, die jeder anderen Behandlung widerstand, durch Electrolyse heilen. Hierdurch wurde, 16 Jahre nach der Ausführung der Tracheotomie, das Decanulement ermöglicht. — Alapy (571) hat nach Gersunys Vorschlag mit gutem Erfolg bei der Kehlkopfstenose Transplantationen ausgeführt. — E. Baumgarten (569) sah eine chronische Kehlkopfstenose, die durch ein Haematom an der hinteren Larynxwand in Folge eines Sturzes bedingt war. — Felix Semon (477) demonstrirt einen 13jährigen Knaben, der von Jugend auf bei weit offenem Mund und Rachen ein eigenthümliches Pfeifen vom Kehlkopf aus hervorbringen kann, das im Larynx bei anscheinend offener Glottis entsteht.

Aus der Casuistik der Fremdkörper (89—93, 373—77, 566—568) ist ein Fall von Killian (93) hervorzuheben, dem es mittelst seines Bronchoskopes gelang, ein seit 4 Jahren in der rechten Lunge sitzendes Knochenstück auf natürlichem Wege zu entfernen. — In einem Fall von Lungencarcinom konnte Killian (99) mittelst des Bronchoskopes annähernd die Lage desselben bestimmen. Gelegentlich einer Demonstration von Coolidge (174) entspinnt sich eine Discussion darüber, wie man sich bei dem Eindringen von Fremdkörpern in die Trachea oder Bronchien zu verhalten habe. Roe hält es für das Beste, Fremdkörper, die keine Symptome machen, ruhig liegen zu lassen, da sie meist später spontan ausgestossen werden; de Roaldes dagegen räth zu sofortigem Eingriff, der ihm 7mal unter 8 Fällen das gewünschte Resultat verschafft hat. — Aus der grossen Zahl von Fracturen und Traumen, die den Kehlkopf betroffen haben, erwähnen wir die Berichte

von Platt (94), v. Hordynski, Morestin (95), Lawrence (280), Piollet, Debersacques (373), Waggett (530).

Pieniazek (96) verwandte die Intubation mit gutem Erfolg bei chronischer Kehlkopfstenose der Kinder. — Comba (97) konnte ein schwieriges Decanulement nach Tracheotomie durch Tubage ermöglichen. — Für die Anwendung der Intubation auch in der Privatpraxis tritt von Neuem ein Trumpp (378). — Netter, Josias, Sevestre (376) haben bei Masernlaryngitiden wenig erfreuliche Resultate von der Tubage gesehen. — Warmouth (96), Northrup (96)melden Ulcerationen und Narbenbildungen im Kehlkopf nach der Intubation. Des weiteren werden die Gefahren der Tubage, besonders die Bildung von Decubitalgeschwüren, hervorgehoben von Sachs (376), Whalen (377), Hagenbach (379).

Ueber die typhösen Larynxerkrankungen giebt Lockard (151) eine zusammenfassende Abhandlung; Lambert (150) berichtet über die membranöse Laryngitis, Fussell (151) über die abscedirende Perichondritis als Complication des Typhus.

Mit den Sängerknötchen beschäftigt sich eine Discussion während des Pariser internat. Congresses, die eingeleitet wurde von Chiari, Capart (119). Dasselbe Thema behandeln Garel und Bernaud (120). — Bronner (51) gelang es recidivirende Papillome des Kehlkopfes bei einem 49jährigen Manne durch fortgesetzte Besprayung mit Formalinlösung zum Schwinden zu bringen. — Scanes Spicer (481) räth bei Papillomen zur Anwendung des Salicylsprays, von dem er gute Erfolge gesehen hat; Havilland Hall (48) empfiehlt die gleichzeitige Anwendung von Arsenik. — Hellat (216) und Goris (458) mussten wegen ausgedehnter Papillome die Laryngotomie vornehmen; Broeckaert (216) bevorzugt die intralangeale Methode, ebenso Bullard (458), Dickermann (458). — Casuistische Beiträge für die Papillomerkrankung bringen Klein (276), Dickermann, Gibb (337), Wyatt Wingrave (530). — Ferner liegen folgende Mittheilungen über gutartige Kehlkopfgeschwülste vor: Potter (45) — Lymphangiom; Dundas Grant (48) — Fibropapillom; Bark (214), Bullard (458), Clark (458), Stewart (528) — Cysten; Seifert (217) — Angiom; Zoalberg (544) — Lipom.

Die Discussion über das Larynxcarcinom auf dem XIII. internat. Congress hat nicht viel Neues zu Tage gefördert. Da die mikroskopische Diagnose nicht in allen Fällen möglich ist, soll man die Diagnose durch die klinische Beobachtung möglichst zu sichern suchen. — Noch weiter in dieser Beziehung geht John N. Mackenzie (330), der die Vornahme einer Probeincision selbst in zweifelhaften Fällen verwirft, wofür er allerdings den wohlberechtigten Widerspruch Thraschers und Simpsons erfährt. Er räth bei jedem Larynxcarcinom zur Totalexstirpation und Entfernung aller Lymphdrüsen. — Casuistische Berichte über Carcinome, Sarcome und Epitheliome liegen vor von: Schmiegelow (275); Farell, Gibb (460); Wingrave (47); Moore (459); Dundas Grant (478); Waggett (490).

Einen eingehenden Vortrag über die Chondrome hielt Alexander (43, 44). Von besonderer Wichtigkeit ist die Abgrenzung dieser Tumoren gegen die Ecchondrosen, denn diese sind gutartig, jene bösartig. Zur Ergänzung dieser Arbeit, in der nur Ecchondrosen des Schild- und Ringknorpels und der Epiglottis erwähnt werden, berichtet Witte (217) über 2 Ecchondrosen an den Aryknorpeln.

Mit den Indicationen, der Technik und den Resultaten der Thyreotomie beschäftigt sich eine allgemeine Discussion des Pariser internationalen Congresses, die durch Semon, Schmiegelow und Goris (115) eingeleitet wurde. — Mit den Schwierigkeiten des Décanulements beschäftigt sich eine Arbeit von Moure (380). — Katzenstein (29) konnte nach einer Reihe experimenteller Untersuchen das Krause'sche Centrum beim Hunde als das Centrum für die bilateral erfolgenden Kehlkopfbewegungen anerkennen. Er verlegt in dieses Centrum den Ursprung der Stimmlippenbewegungen; mit der Phonation und der Respiration hat dasselbe nichts zu thun. Die Exstirpation beider Centren beeinflusst beim Hunde den Phonationsact nur so lange, als das Thier an den Folgen der Operation krankt. Bei peripherer Reizung der durchschnittenen Recurrentes überwiegen ebenso wie in dem Hirnrindencentrum beim Hunde die Verengerer, bei der Katze die Erweiterer. Bei der Katze und dem Kaninchen führt der Recessus in seinem ganzen Verlauf sensible Fasern, beim Hunde werden sie durch den Ramus communic. herangeführt. — In einer durch einwandsfreie Experimente gestützten Beweisführung haben R. du BoisReymond und Katzenstein (585) dargethan, dass das Athmungscentrum durch Blutreize und Vagusreize erregt wird. Die mit der Athmung synchrone Bewegung des Kehlkopfes wird reflectorisch durch die Stellungsveränderung des Thorax ausgelöst. Des Ferneren erzielten R. und K. durch electrische Reizung bestimmter Punkte der Rautengrube Glottisschluss bezw. Glottisöffnung, entsprechend den Resultaten Semon's u. Horsley's. Auch auf diesem Wege wird die von Katzenstein u. Kuttner vertretene Lehre von der gleichzeitigen Innervation der Verengerer und Erweiterer bei der Respiration gestützt. — Fein (31) hat eine eingehende Untersuchung über die Cadaverstellung vorgenommen. Er fand, dass die Stimmlippen kurze Zeit nach dem Tode in oder dicht an der Mittellinie stehen. Durch die Leichenstarre wird die Stimmritze weiter. Durch die Entfernung des Kehlkopfes aus der Leiche wird die Gestalt der Glottis verändert. Es giebt keine feste Form der Cadaverstellung der Glottis. Für die bisher mit diesem Namen bezeichnete Stellung der Stimmlippen schlägt er den Namen Zwischenstellung vor. — Von weiterem Interesse für das Studium der Recurrensfrage sind die Resultate, die Thomassen (263) bei seinen Untersuchungen am Pferde erhalten hat. Der Stridor der sog. Cornards beruht in 95 pCt. auf Recurrenslähmung unbekannten Ursprungs: Thiere unter 12 Jahren zeigen diese Erscheinung viel ausgeprägter als ältere Thiere. Das Semon'sche Gesetz hat beim Pferde keine ausschliessliche Gültigkeit; der Laryngeus superior verhält sich beim Pferde abweichend. — Echtermeyer (229) demonstrirt einen Patienten mit linksseitiger Recurrenslähmung, die durch ein Oesophaguscarcinom hervorgerufen wurde; innerhalb 3 Wochen entstand Medianstellung, die seit 2 Tagen in Cadaverstellung übergegangen ist. — Grossmann (30) hat gefunden, dass die Stimmlippen, wenn er den M. cricothyreoideus ausschaltet, an Beweglichkeit zunehmen. Sie gehen bei der Inspiration weit auseinander und kleben bei der Phonation fest aneinander. Das Offenbleiben der knorpeligen Glottis wird auf den Ausfall dieses Muskels, der auch als Antagonist des Posticus thätig ist, aufgefasst. — Grabower (32) berichtet über einen weiteren Fall von Kehlkopflähmung, in dem die mikroskopische Untersuchung Atrophie der Vaguswurzeln ergab, während der

Accessoriuskern intact war. Einige Einwendungen, die Avellis (32) auf Grund einer klinischen Beobachtung macht, sucht Grabower zu widerlegen. — Baumgarten (28) konnte bei einem Patienten, der seit 3 Jahren an krampfhaftem Husten und schliesslich an Erstickungsanfällen litt, aus dem Kehlkopfbefund — Fixation der rechten Stimmlippe in der Mittellinie mit excavirtem Rande — die Diagnose auf Tabes stellen, die durch die allgemeine Untersuchung nachher bestätigt wurde. — Casuistische Beiträge zur Frage der Recurrenslähmung liefern: Pegler (51) — doppelseitige Posticuslähmung auf syphilitischer Basis; Kenefick, Head (266) — einfache Recurrenslähmung; Semon (279) — doppelseitige Recurrenslähmung; Bruggisser (266) — einfache Posticuslähmung. — Zwei Fälle von Bulbärparalyse werden veröffentlicht von Morgan (264) und Waggett (284). — Ueber weitere Larynxneurosen berichten Barth (26), Stein (27), Robinson, Dickermann (28).

Avellis (417) beschreibt eine typische Form der Larynxneuralgie, deren hauptsächlichster Druckpunkt an der Stelle liegt, wo der N. laryng. sup. durch die Membr. thyreoidea tritt. Zur Therapie werden Antineuralgica und trockene Hitze empfohlen. — W. Williams (422, 538) behandelt die Pathologie und Therapie der toxischen Larynxparalysen; hierher gehört auch ein Fall von Culp (422), der eine Recurrenslähmung, die wahrscheinlich auf einem zu starken Alcohol- und Nicotinverbrauch beruhte, unter entsprechenden Maassnahmen zurückgehen sah.

Mit der Physiologie der Stimmbildung beschäftigen sich zwei Arbeiten von Goldstein und Scheppegrell (423); beide betonen die Wichtigkeit der richtigen Höhen-Einstellung für die Stimme. Goldstein räth für die Athmung eine rationelle Combination von costalem und diaphragmatischem Typus und warnt vor einer gewaltsamen Betheiligung des äusseren Halsmuskels bei der Producirung hoher Töne. — Spiess (33) fand eine ganze Reihe von Erkrankungen der oberen Luftwege, die sich durch zweckentsprechende Stimm- und Singübungen bessern lassen. Er zeigt, zu welchen Missständen falsche Stimmbildung führt und bezeichnet als charakteristisch hierfür „Röthung auf der Kuppe der Santorinischen Knorpel und auf der Kehldeckelunterseite". — Maraye (34) hat vom Munde im Moment der Vocalaussprache Abgüsse genommen und glaubt hierdurch den Beweis erbringen zu können, dass die Mundhöhle allein die Formung der Vocale bedingt. Das specielle Timbre der Stimme hängt ab von den Taschenfalten und den Morgagni'schen Ventrikeln. — Gellé (34) fand in der Mundhöhle verschiedene Luftströme, durch deren Zusammenstoss Wirbel erzeugt werden, welche die Bildung der Vocale abschliessen. — Von der Bedeutung der Phonetik und ihrer Regeln handelt eine Abhandlung von Hennig (34). — Gutzmann (34) hat Curven für die S-Laute aufgenommen, aus denen der Patient deutlicher als durch Gehör und Gesicht sich über die Fehlerhaftigkeit seiner Aussprache unterrichten kann. — Zwillinger (35) bringt einen zusammenfassenden Vortrag über die Störungen der Singstimme. — Mit der Pathologie und Therapie des Stotterns beschäftigen sich die Arbeiten von Halle, Liebmann, Coen, Olivier (36), Hudson, Makuen (424); viel Wichtigkeit wird den Störungen der Respiration beigemessen. — Das Stammeln besteht nach Connell

(267) in einer fehlerhaften Articulation des vocalisirten Lautes, das Stottern in einem Mangel an Coordination zwischen Articulation und Stimmgebung. — Einen Fall von Falsettstimme bei einem 28jährigen Menschen führt Maljutin (267) auf eine Abnormität des harten Gaumens zurück.

Instrumente: Es werden empfohlen: Ein Metallschlauch zur Tubage von Kuhn (98). — Eine neue Trachealcanüle, als deren Vorzüge angegeben werden: Verhütung von Decubitus, weites Klaffen der Wunde, leichtes Wiedereinführen, leichte Reinigung — von Gersuny (98); die Trachea muss etwas weiter eröffnet werden als sonst. — Ein neuer Inhalationsapparat für Tuberculose von Lacroix (167). — Eine neue Elektrode für die elektrische Kehlkopfbehandlung von Richter (268). — Eine neue universelle Larynxzange von Watson Williams (483). A. Kuttner.

F. Schilddrüse.

Livini (268) veröffentlicht eine morphologische Studie über die Arterien der Schilddrüse. Eisler (99) beschreibt einige neue Varietäten der an der bindegewebigen Hülle der Schilddrüse inserirenden wenig selbstständigen Muskeln und kommt zu dem Resultat, dass nach Innervation und Lagebeziehungen drei Kategorien von Levatores gland. thyreoid. zu unterscheiden sind und zwar sind dies Abspaltungen von M. thyreo-cricoideus, M. thyreoideus, M. constrictor pharyngis inf. Cristiani (524) beobachtete, dass Schilddrüsenpartikel, die jungen Ratten eingepflanzt wurden, nach 6 Monaten gewachsen sind; es haben sich dann ausser dem eingeimpften Gewebe neue Schilddrüsenelemente geformt. Dieser Vorgang verhält sich analog der embryonalen Entwickelung der Drüse und der Bildung der hyperplastischen Struma. Katzenstein (37) berichtet über Degenerationsvorgänge im N. laryngeus superior, N. laryngeus inferior und N. vagus nach Schilddrüsenexstirpation. Christiani (156) schreibt über die Entwickelung der Schilddrüsenpfropfung, die Analogie dieser Vorgänge bei Entwickelung embryonaler Schilddrüsen und bei der Bildung der einfachen Schilddrüsenhypertrophie.

Oswald (155) betont, dass die Schilddrüse ein Secret absonderndes Organ ist; ihr Colloid besteht aus zwei Eiweisskörpern, dem jodhaltigen Thyreoglobulin und dem jodfreien aber phosphorhaltigen Nucleoproteïd. Das Thyreoglobulin wird im Organismus zersetzt, denn nach Darreichung grösserer Mengen desselben tritt Jodkali im Harn auf. Nach Gauthier (381) bestehen Beziehungen von Ursache und Wirkung zwischen normaler Function der Schilddrüse und Nervensystem. Der Einfluss der Drüse steht in Beziehung zur Entwicklung und Ernährung der Nervenzellen. Vom Thyreoidismus hängen cardio-vasculäre Störungen ab, Thyreoidin erweist sich experimentell als Gift gleich der Digitalis, Injection von Schilddrüsensaft erniedrigt den Blutdruck und erweitert die peripheren Gefässe. Die von einem Sinken der Ernährung herrührenden krankhaften Erscheinungen sind auf Mangel an Schilddrüsensubstanz zurückzuführen und werden oft durch Behandlung mit Thyreoidea gebessert. de Stina (572) giebt eine eingehende Beleuchtung der Thatsachen sowie der Theorien in der Schilddrüsenfrage. Katzenstein (155) stellt fest, dass 57,13 pCt. der von ihm operirten Hunde die doppel-

seitige Thyreodectomie dauernd ohne Schaden überstehen, dass die Schilddrüse nach Durchscheidung der zuführenden Nerven zu Grunde geht, ohne dass das betreffende Thier dadurch geschädigt wird und dass schliesslich nach beiderseitiger Ausschaltung der Schilddrüse die sie versorgenden secretorischen, vasomotorischen und sensiblen Nerven centripetal degeneriren. K. betont wie H. Munk, dass die Schilddrüse kein lebenswichtiges Organ ist, ferner, dass es Ersatzorgane für die Schilddrüse nicht giebt. Roge und Goriner (425) haben experimentelle Eiterungen in der Schilddrüse von Meerschweinchen und Kaninchen erzeugt und zwar in einigen Fällen durch Typhusbacillen, in anderen durch Staphylokokken, die in die Carotis injicirt wurden. Nach Lusena (100) kann die Ansicht nicht aufrecht erhalten werden, dass ganz allgemein alle Symptome, welche sich nach Parathyroidectomie und Thyroparathyroidectomie einstellen, der Vermehrung oder Verminderung des Stoffwechsels zuzuschreiben sind. Popow (40) beleuchtet die verschiedenen Hypothesen über die Function der Schilddrüse.

Hellat (156) schildert Schildrüsenaffectionen, die sich durch Schluckbeschwerden und Druckempfindlichkeit ohne objectiv wahrnehmbare Symptome äusserten. Thoburn (425) macht Bemerkungen zur Pathologie der Schilddrüse. Hirsch (100) giebt einen klinischen Beitrag zur Schilddrüsentherapie. Nach v. Feryvessy (156) erfolgt nach intravenösen Injectionen von Thyroidextract oft keine Aenderung der Athmung, oft eine Beschleunigung derselben; sicher erfolgt dadurch eine Blutdruckerniedrigung. Jodothyrin und Atropin haben keinen antagonistischen Einfluss. Nicholson (384) behandelte einen Kretin erfolgreich mit Thyreoidextract. Haskovec (574) hat festgestellt, dass die Herabsetzung des Blutdrucks nach Injection von Schilddrüsensaft fast lediglich auf Herzwirkung beruht. Biggs (384) schreibt über die Thyreoideatherapie. Leeper (100) behauptet, dass Thyreoideabehandlung bei Geisteskrankheiten und gleichzeitiger Insufficienz der Schilddrüse nöthig ist. Klebs (37) schildert die guten Resultate, die er bei Tuberculose durch Anwendung ausgepressten Schilddrüsensaftes erhalten hat. Stengel (268, 381), Stamm (38), Kyle (156), Illoway (219), Braden Kyle (318), Genevet (382) schreiben über acute Schwellung der Schilddrüse. Torri (382) schreibt über die Schilddrüse bei Infectionskrankheiten, Schudmak und Vlachos (269, 426) berichten über posttyphöse Eiterung der Schilddrüse. Roger und Garnier (220) beschreiben die Läsionen der Schilddrüse bei Tuberculose. Nach Guisau (426) wird Psoriasis durch Thyroidin nicht günstig beeinflusst. Gautier (425) weist nach, dass die Schilddrüse den Haaren Arsenik liefert und dass der Ueberschuss von Arsenik wieder mit dem Menstrualblut eliminirt wird.

Meyer (269) empfiehlt, zur Erleichterung der Dyspnoe bei Struma nur die halbe Struma zu entfernen. Mayet (382) bespricht die geographische Vertheilung der Struma in Frankreich. Mayet (220, 460) behandelt ferner die Häufigkeit des Kropfes in verschiedenen Lebensaltern. Murray (426) hat bei einfachem Kropf von jugendlichen Erwachsenen gute Erfolge durch die Behandlung mit Schilddrüsenextract erhalten. Charon (318) operirte eine interstitielle Struma bei einem 7jährigen Mädchen. Beck (524) schreibt über den Kropf und seine Behandlung. Ueber retrosternale Struma berichtet Sandelin (270, 461). Hamilton (525)

beschreibt einen Fall von einseitiger Struma mit Stimmbandlähmung. Carrel (220) bespricht 3 Fälle von Struma mit Respirationsstörungen. Gangolphe (38) heilte einen suffocativen Kropf durch Hervorziehung der retrosternalen Partie. Beco (269) giebt eine Verordnung für die parenchymatöse Struma. Abt (269) beschreibt einen Fall von congenitaler Struma und Hernia diaphragmatica. Cauter (270) stellt einen Fall von Infantilismus mit Struma vor. Reynaud (573) legt Präparate vor, die erweisen, dass die colloide Substanz nicht immer ein Secretionsproduct darstellt, sondern zuweilen auch degenerirte Epithelzellen. Werman (157), Red. Notiz (157) veröffentlichen Fälle von syphilitischer Struma. Kocher (426) theilt einen Fall von Struma intrathoracica mit, die zur Lähmung des Recurrens und Sympathicus geführt hatte; er macht anschliessend daran Bemerkungen über die Thyreoptosis.

Patel (270) beschreibt einen gutartigen Schilddrüsentumor, der nach Incision der Schilddrüse intraglandulär enucleirt wurde. Meyjes (170) beschreibt einen Fall von accessorischer Schilddrüse an der Zungenbasis. Hamilton (525) berichtet über einen Fall von Praethyreoidcyste. Rastouil (573) operirte eine Dermoidcyste der Thyreo-hyoidgegend. Bacaloglu (101) nahm in einem Falle von voluminöser Struma die partielle Thyreoidectomie vor; Patient starb einen Tag nach der Operation; Section ergab, dass es sich um ein cystisches Adenom handelte. Grant (530) entfernte in einem Falle die sarcomatöse Schilddrüse; Patient starb 4 Tage nach der Operation an septischer Pneumonie. Carell (573) berichtet über 83 Fälle von Schilddrüsenkrebs und dessen Behandlung.

Nach Osborne (383) ist die Ursache der Häufigkeit der Basedow'schen Krankheit beim Weibe in der durch die normal gesteigerten Sexualfunctionen gesteigerten Thätigkeit der Schilddrüse zu suchen. Gordon (383) giebt einen Beitrag zum Studium des Morbus Basedowii. Hall (101) beobachtete Basedow'sche Krankheit bei zwei Schwestern. In beiden Fällen bestand ausgesprochener Exophthalmus, begleitet von dem Graefe'schen, Stellwag'schen und Moebius'schen Symptom. Goris (320) beobachtete einen Fall von Morbus Basedowii ohne sichtbaren Kropf, Thomson einen solchen ohne Struma und Exophthalmus. Herrik (384, 426), Osborne (426) geben Verordnungen bei Morbus Basedowii. Nach Norbury (461) kommt die Basedow'sche Krankheit zu Stande durch eine Affection des Halssympathicus, er stellt die Basedow'sche Krankheit hin als das Resultat einer Vasodilatatorenreizung. Higgins (461) bespricht die Symptome der Basedow'schen Krankheit und die Theorien ihrer Pathologie. Zuber (525) beobachtete einen Fall von Basedow'scher Krankheit beim Kinde. Armstrong (461) beschreibt einen tödtlichen Fall von Basedow'scher Krankheit bei einem 11jähr. Mädchen. Red. Notiz (101) empfiehlt locale Massage bei Basedow'scher Krankheit. Mittheilungen über Behandlung der Basedow'schen Krankheit geben Red. Notiz (221), Curtis (221), Watkins (320), Valude (383), Jacobi (461), Starr (573), Rummel (573). Curtis (427) führte in 9 Fällen von Morbus Basedowii die Thyroidectomie aus. van de Wiele (221) führte in einem Falle von Basedow'scher Krankheit die Thyroidectomie aus; Tod 3 Tage nach der Operation. Coomes (525) berichtet über einen Fall von Entfernung der sympathischen Cervicalganglien bei Basedow'scher Krankheit. Bartholow (318) be-

schreibt die Basedow'sche Krankheit, ihre Complicationen und verwandten Krankheitsformen. Pollard und Lake (168) besprechen einen Fall von Basedow'scher Krankheit mit Heilung nach Operation. Morestin (39) berichtet zwei Beobachtungen von ursprünglich einfacher Struma, wo nach und nach die Anzeichen eines Morbus Basedowii eintraten. Klebs (39) schildert einen Fall von Morbus Basedowii mit Trachealstenose und Recurrenslähmung. Patel (39) schildert einen Fall von Kropf mit Uebergang in Basedow'sche Krankheit. Boinet (39) beobachtete eine Kranke, die im Verlaufe der Basedow'schen Krankheit vorübergehende Hemiplegie, dann Monoplegie des rechten Armes zeigte. Man unternahm ohne Erfolg die Exothyropexie, die doppelseitige Resection des Sympathicus, endlich die Thyreoidectomie. Achard (39) stellte einen Kranken vor, der Symptome von Tabes und Basedow'scher Krankheit vereinigte.

Eine Kranke von Meige und Allard (230) litt an hereditärem Morbus Basedowii, dem sich die Symptome des Myxödems, Oedem der Augenlider, Apathie, Schlafsucht zugesellten. Popow (40) beschreibt einen Fall von Myxödem, das mit Schilddrüsenpräparaten behandelt wurde. de la Chapelle (102) giebt eine Uebersicht über die Myxödemfrage und theilt einen Fall von atrophischem Oedem bei einem Kinde mit. van Bruggen (102) giebt eine Beschreibung eines Falles von Myxödem bei einem 3 Monate alten Kinde. Unter Thyreoidbehandlung besserten sich sämmtliche Erscheinungen. Pedenko (102) besserte einen Fall von Myxödem durch Schilddrüsenpräparate. J. Katzenstein.

G. Oesophagus.

Giuseppe Mancuso (427) hat die Drüsen des Oesophagus einer Untersuchung unterzogen. Nach seinen Untersuchungen sind dieselben beim Neugeborenen spärlich, auf die Pharynxregion beschränkt, acinös, bei Hunden sehr zahlreich, im ganzen Oesophagus verbreitet, tubulös. — Eine angeborene Atresie der Speiseröhre sah Macé (40) bei einem Kinde, das 4 Tage lebte. Der obere Abschnitt war sackförmig, der untere communicirte mit der Trachea.

Casuistische Mittheilungen über Fremdkörper im Oesophagus machen: Richardson (103) [Hosenträger bei einem Geisteskranken], Thiriar (158), Laroyenne (222), Puttemanns (272), Killian (462), Nash (575) [künstliche Gebisse], Puttemanns (272), Laval (158) [Knochen], J. C. Squance [Münze] und G. W. King (575) [Pfeifchen]. Die Fremdkörper wurden theils durch die Sonde, theils durch Röntgenstrahlen, theils durch Oesophagoskopie nachgewiesen und per vias naturales, durch Oesophagotomie oder Gastrotomie entfernt.

Starck (41) bespricht die Tractions-, die pharyngo-oesophagealen und die oesophagealen Pulsionsdivertikel. — J. Knott (41) theilt die Dilatationen und Divertikel in cylindrische oder fusiforme, in sacciforme und in hernienartige. — Die tiefsitzenden Oesophagusdivertikel „Vormagen" unterzieht Fleiner (102) einer Besprechung. — Einhorn (427) erörtert die aetiologischen und diagnostischen Momente der idiopathischen Dilatation. — Killian (41) empfiehlt zwecks Diagnose der Pulsionsdivertikel die Oesophagoskopie, V. Blum (158) und Rosenheim (574) die Oesophagoskopie und die Durchstrahlung. — Casuistische

Mittheilungen hierzu liegen ausserdem vor von Richardson (222), Guttentag (271), Depage (330), Goris (321) und Butlin (51). Die 3 zuletzt genannten heilten ihre Fälle operativ.

E. J. Weeney (385) erörtert die Symptome, die Aetiologie und die mögliche chirurgische Behandlung der Oesophagus-Ruptur. — Bowles und Turner (157 und 463) berichten über eine durch Section festgestellte $^5/_8$ Zoll lange, durch Erbrechen veranlasste Ruptur. In der Discussion über diese Mittheilung sprechen Turner (464), Cyril Ogle (463), Rolleston (463), Stanley Boyd (464), Bryant (464) unter Beibringung analoger Fälle. — Kenny (384) führt eine Oesophagusruptur bei einem 40jährigen Bläser auf eine Erweichung der Wand und plötzliche endooesophageale Drucksteigerung zurück. — Ein Soldat, der sich sein Seitengewehr in die Speiseröhre eingeführt hatte, starb nach Canton (575) infolge einer Verletzung an Pneumothorax.

Aetzstricturen beschreiben: Le Gendre (272), Lindström (321) [drei Fälle, zwei geheilt, einer defunct], A. G. Minshall (42) [geheilt durch Electrolyse], Koeppelin (385) [progressive Dilatation, † an pseudopulmonärer Infection vom Oesophagus aus]. — G. Kronig (103) empfiehlt bei Verätzungen zunächst warmes Oel durch einen Nélaton-Katheter einzuspritzen und dann erst einen weichen Magenschlauch einzuführen.

Fälle von Narbenstenose publiciren Vervaek (462) und Potarca (386). Der letztere ist dadurch interessant, dass ein Mediastinalabscess durch Eindringen in das Mediastinum von rechts her eröffnet wurde. — Léon (221) beobachtete eine spastische Stenose der Speiseröhre durch ein tuberculöses Ulcus im Larynx. Heilung durch laryngeale Behandlung. — Urinintoxication als Ursache eines Spasmus oesophagi sah Grosglick (271), derselbe bezieht die heftigen Schluckbeschwerden auf die Trockenheit der Mundschleimhaut. — Dennis (222) erwähnt eine Stenosis cardiae nach Typhus, bei der die Gastrostomie einen guten Erfolg gab. — Eine wahrscheinlich syphilitische Strictur beschreiben Downie und Kennedy (576). — Stenosen infolge von Carcinom veröffentlichen Rafin (42), Ball (322), Ewald (322), Civatte und Merlay (272), welche histologische Untersuchungen anstellten, Larkins (321), W. E. Kiely (158), Downie und Kennedy (576), Friedenwald (428), Maillaud (159), Hödlmoser (464 und 526), welcher auf den häufig latenten Verlauf der Oesophaguscarcinome hinweist, Crouzon (464), Sauvage (222), B. Fränkel (584) [Recidiv $^1/_2$ Jahr nach Totalexstirpation des Kehlkopfes und eines Stückes des Oesophagus], Treitel (584). — In einem Fall von Laroche (41) war es zweifelhaft, ob ein Oesophaguscarcinom in die Aorta, oder eine Lymphdrüse in den Oesophagus und die Aorta durchgebrochen wäre. — W. G. Spencer (528) demonstrirt ein Präparat von Oesophaguskrebs. Nach der Operation war die Dyspnoe, welche durch Lähmung des Kehlkopfs bedingt war, durch Entfernung der linken Stimmlippe beseitigt. In der Discussion weist Semon (528) darauf hin, dass bei längerer Lebensdauer des Pat. die Dyspnoe durch Narbenbildung an der Stelle der Stimmlippe voraussichtlich wieder eingetreten wäre. — Einen Fall vermeintlicher Oesophagusstenose, vorgetäuscht durch eine vom Pylorus ausgehende, den ganzen Magen einnehmende Neubildung beschreibt Schütz (428). — Die Differentialdiagnose

zwischen spastischer und organischer Stenose erörtert Albu (526). — Holzknecht (427 und 525) schlägt vor, den Sitz und die Länge einer Strictura oesophagi nach Verschlucken von Wismuth durch Röntgenstrahlen festzustellen, wenn die Sondirung contraindicirt ist. — Stark (526) bespricht die Verwendung der Divertikelsonden bei Tumoren. — Fortin (526) empfiehlt die Dilatation, Curschmann (42) die Behandlung mit Dauersonden, V. N. Savvine (576) die Bougiebehandlung. — Cestan (526) tritt für die Gastrostomie ein, M. Mauclaire (429) erörtert die Indicationen dieser Methode und ihre Resultate. — Zweig (103) empfiehlt Rosenheim's Methode der Oesophagusspülung bei Carcinom.

Sauquirico (222) ist der Meinung, dass Narbencontracturen bei Oesophagotomia externa functionell bedeutungslos sind, und dass Fisteln von der Nahtmethode und intacter Schleimhaut abhängen. — Dombromysleff (386) versuchte an der Leiche und am Hunde die Resection des Oesophagus auf transpleuralem Wege.

Lennander (42) entfernte ein 9 cm langes gestieltes Fibrom von der Grenze des Pharynx und Oesophagus. E. Meyer.

II. Briefkasten.

Die Laryngologie und der internationale Congress zu Madrid 1903.

Wir freuen uns, unseren Lesern mittheilen zu können, dass die Section XI (Otologie, Rhinologie und Laryngologie) laut Beschluss des allgemeinen Organisationscomités in zwei unabhängige Sectionen: a) Otologie, b) Rhino-Laryngologie — gespalten worden ist.

Aufruf!

Wir haben in der Königl. Klinik für Hals- und Nasenkranke den Grund zu einer Sammlung gelegt, welche die Entwickelung des Instrumentarium der Rhino-Laryngologie in den ersten 50 Jahren ihres Bestehens vor Augen führen soll. Unsere Bitte geht daher an die Herren Collegen:

1. alte Modelle von Untersuchungs- und Operations-Instrumenten, sowie von Beleuchtungsapparaten etc., auch historisch interessante Instrumente, die sich in ihrem Besitze befinden,
2. je 1 Exemplar von ihnen construirter oder modificirter Instrumente der Sammlung gütigst überweisen zu wollen.

Der Name des Gebers wird dauernd den Instrumenten angeheftet werden.

Etwaige Sendungen bitten wir an den Unterzeichneten, Klinik für Hals- und Nasenkranke der Königl. Charité, Berlin NW. 6, Luisenstrasse 13a, zu adressiren.

Berlin, November 1901. Dr. Edmund Meyer, Privatdocent.

Namen-Register.*)

*) Die fett gedruckten Zahlen verweisen auf Publicationen des Betreffenden, die dünn gedruckten auf Citate, Discussionen etc.

C.

G.

H.

L.

M.

T.

Sach-Register.

A.

G.

H.

J. I.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

R.

S.

T.

U.

V.

W.

Z.

Druck von L. Schumacher in Berlin.